

Patient inddragelse ved dokumentation

-

Hvordan er det muligt?

- et single casestudie i et Sundhedsinformatisk perspektiv

Karen Grønbæk Nielsen

Caja Dilling Sabroe

Jane Larsen

**Master of Information Technology
with specialization in Health Informatics**

**Aalborg Universitet, Danmark
Efter- og Videreuddannelse, 2. årgang**

Vejleder: Karsten Ulrik Niss

10.6.2015

Indhold

1.0 Resumé og Abstract	4
1.1 Resume.....	4
1.2 Abstract	4
2.0 Indledning til projektet	5
2.1 Læsevejledning til rapporten	5
3.0 Beskrivelse af problemfeltet.....	7
3.1 Organisatoriske forandringer ved implementering af nye teknologier	9
3.2 Effektiviseringskrav i sundhedsvæsenet forventes afhjulpet med ændrede arbejdsgange ...	10
3.3 At inddrage patienterne.....	10
3.4 Dokumentation i det danske sundhedsvæsen.....	11
3.5 Begrebet "inddragelse af patient ved dokumentation"	12
3.6 Sammenfatning af beskrivelse af problemfeltet.....	13
4.0 Metode og design for dette projekt.....	14
5.0 Afdækning af sygeplejerskernes dokumentationskultur	17
5.1 Metode til afdækning af sygeplejerskernes dokumentationskultur.....	17
5.1.1 Design af interview og observationsstudie	17
5.1.2 Interview med afdelingssygeplejersken.....	18
5.1.3 Fokusgruppeinterview.....	19
5.1.4 Observationsstudier	20
5.2 Præsentation af undersøgelsesenheden	22
5.2.1 Resume af interviews og observationsstudiet.....	24
5.2.2 Resume af observationsstudiet på afsnittet.....	24
5.2.3 Resume af interview med Afd. Spl.	25
5.2.4 Resume af fokusgruppeinterview med sygeplejersker	26
6.0 Analyse af Teknologi: Patienten og sygeplejersken i samspil ved dokumentation.....	27
6.1.1 Teknik	29
6.1.2 Organisation.....	32
6.1.3 Viden.....	34
6.1.4 Produkt	36
6.2 Opsamling på analyse af teknologien "Patienten og sygeplejersken i samspil omkring dokumentation"	36

7.0 Sammenfatning på analyse af problemfeltet	37
8.0 Problemformulering	40
8.1 Afgrænsning af begreber i forhold til problemformuleringen.....	40
8.2 Et andet udgangspunkt end forventet.....	41
9.0 Metode til undersøgelse af problemformulering	43
10.0 Analyse og diskussion af indsamlet empiri i forholdt til forandringsteorier	44
10. 1 Modstand mod forandring	44
10.1.1 Sammenfatning på analyse af modstand mod forandring.....	53
10.2 Motivation.....	54
10.2.1 Sammenfatning på analyse af motivation ved dokumentation i afsnittet	60
10.3 Den lærende organisation.....	61
10.3.1 Sammenfatning af den lærende organisation	67
10.4 Kultur.....	68
10.4.1 Sammenfatning på kulturen i sengeafsnittet.	74
10.5 Sammenfatning på analysen	76
11.0 Implementering af udarbejdet handleplan	78
11.1 At skabe en brændende platform	78
11.2 Resume af workshoppen til etablering af den brændende platform	81
11.3 Fremadrettet handleplan	82
12.0 Paradigmeskifte	85
13.0 Metodekritik	87
14.0 Konklusion.....	89
15.0 Perspektivering	91
16.0 Referencer	93
17.0 Bilag	97

1.0 Resumé og Abstract

1.1 Resume

Strategier indenfor det danske sundhedsvæsen lægger op til inddragelse af patienter i eget behandlingsforløb. En sådan inddragelse kunne f. eks. være i forbindelse med dokumentationen der foretages ved kontakt med hospitalet.

Dette projekt vil med udgangspunkt i et kirurgisk sengeafsnit, først lave en et kvalitativt single casestudie med henblik på at afdække eksisterende kultur og arbejdsgange omkring dokumentationen. Dernæst vil der med udgangspunkt i forandringsteorier bliver analyseret på, hvilke tiltag der kan hjælpe sygeplejerskerne i sengeafsnittet med implementering af inddragelse af patienten ved dokumentation.

Analysen vil føre til konkrete handlingsanvisninger med udgangspunkt i sengeafsnittet. Der laves et nedslag i forhold til at skabe en brændende platform, og dette følges op af fremadrettede forslag til tiltag.

Konklusionen på projekt er, at ved implementering af grundlæggende ændringer i sygehusvæsenet, skal der arbejdes med forandringsledelse for at sikre en succesfuld implementering. Og sidst, men ikke mindst hvis "inddragelse af patienten ved dokumentation" skal lykkes, må der ske et paradigmeskifte i sygehusvæsenet.

1.2 Abstract

Strategies within the Danish health set the involvement of patients in their own treatment. Such involvement could for example be for the documentation made by contact with the hospital.

This project will be based on a surgical unit, first we will make a qualitative single casestudy in order to identify existing culture and work processes documentation. Next, which based on the theories of change analyzed on the actions that can help the nurses in the unit, with the implementation of the involvement of the patient by documentation.

The analysis will lead to concrete action instructions based on the unit. The project will propose to create a burning platform, and this is followed up by forward-looking proposals for action.

The conclusion of the project is that the implementation of fundamental changes in the hospital systems, we will work with change management to ensure a successful implementation. And last but not least, if "the involvement of the patient by documentation" should be successful, there must be a paradigm shift in the hospital system.

2.0 Indledning til projektet

Strategier i sundhedsvæsenet peger i disse år i retning af inddragelse af patienter i langt højere grad end det hidtil har været praksis (Danske regioner, 2011) (Danske regioner, 2013) (Regeringen, 2013). Et mål med denne inddragelse er, at patienter i fremtidens sundhedsvæsen skal være rustet til at tage hånd om, og styre eget sygdomsforløb. I dagspressen efterlyser de sundhedsprofessionelle på hospitalerne mere tid sammen med patienten (Tv2, 2014).

Dette projekt vil undersøge, hvad der skal til, for at det kan blive muligt at inddrage patienten ved dokumentationen på et sengeafsnit på et hospital, og dermed kombinere ønsket om "mere tid sammen med patienten", med strategierne om at inddrage patienterne i eget forløb.

Projektet vil med udgangspunkt i eksisterende arbejdsgange og kultur, i et udvalgt kirurgisk sengeafsnit på Aarhus Universitetshospital, undersøge hvilke forandringer, der skal til for at inddragelse af patienterne ved dokumentationen kan bliver muligt.

Afsættet for dette projekt var oprindeligt, at EPJ¹ var fuldt implementeret i det undersøgte afsnit, og at projektet derfor skulle handle om en finjustering af en arbejdsgang ved brugen af EPJ i en allerede eksisterende elektronisk-minded kultur. Det viste sig, at det sengeafsnit der blev anvendt som case i projektet ikke, som ellers forventet, havde taget EPJ i brug som et elektronisk redskab, med facilitering af tidstro data og mulighed for effektivisering af arbejdsgangene. Man havde tilsyneladende blot udskiftet papirjournalen med EPJ, uden at indrette arbejdsgangene til det nye redskab. Det betød umiddelbart for projektet, at der ikke - som forventet - skulle bygges ovenpå eksisterende arbejdsgange, men at der i stedet skulle banes vej for helt nye måder at tænke dokumentationsarbejdsgange på.

Projektet er delt i to, hvoraf første del vil afdække nuværende arbejdsgange og kultur, og anden del vil med afsæt i teori analysere indsatsområder i den konkrete case, med henblik på at designe et implementerings oplæg til afsnittet.

2.1 Læsevejledning til rapporten

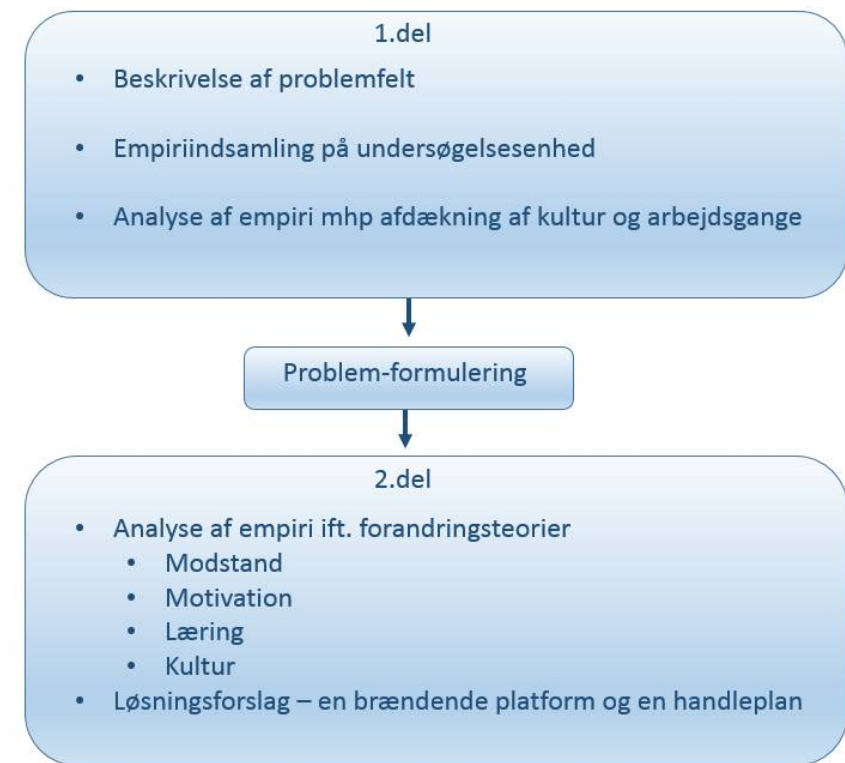
Første del af denne rapport vil beskrive problemfeltet, og de faktorer der har betydning for problemets eksistens.

Der startes med at beskrive faktorer som danner grundlag for overhovedet at beskæftige sig med at inddrage patienten ved dokumentationen i det danske sundhedsvæsen.

Dernæst vil med afsæt i en konkret case – et kirurgisk sengeafsnit på Aarhus Universitetshospital, - blive afdækket nuværende arbejdsgange og kulturer i forhold til dokumentationen med henblik på en endelig problemformulering for projektets analyse.

¹ En elektronisk patientjournal, forkortes EPJ, er et klinisk informationssystem, der direkte understøtter en daglig procesorienteret undersøgelse, behandling og pleje af den enkelte patient (Sundhedsministeriet, 1999)

Anden del af rapporten vil anvende empirien i en analyse af mod relevante teorier om forandringsledelse. Analysen vil afdække indsatsområder, som skal muliggøre, at inddragelse af patienten i dokumentationen kan blive en realitet i det aktuelle sengeafsnit. Teorierne, der analyseres op imod, vedrører forandringsledelsesteorier i forhold til motivation, håndtering af modstand ved forandring, den lærende organisation, og, kultur med henblik på at komme med design af handleanvisninger til senere implementering i afsnittet.



Figur 1: Overblik over rapporten. Rapporten er delt i to dele. 1.del: Beskrivelse af problemfeltet, Empiriindsamling på undersøgelsesenhed, Analyse af empiri med henblik på afdækning af kultur og arbejdsgange. På baggrund af del 1 formuleres problemformuleringen. 2.del: Analyse af empiri ift. Forandringsteorier (Modstand, Motivation, Læring, Kultur), Løsningsforslag – en brændende platform og en handleplan. (Egen figur)

Nedenfor indledes med en beskrivelse af problemfeltet for at beskrive faktorer, som danner grundlag for overhovedet at beskæftige sig med at inddrage patienten ved dokumentationen i det danske sundhedsvæsen.

3.0 Beskrivelse af problemfeltet

Dette projekt vil undersøge, hvordan det kan blive muligt for personalet i et sengeafsnit at "inddrage patienten ved dokumentationen. "

Siden den første nationale strategi for it i sundhedsvæsenet " National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002", udkom i 2000 har det været et overordnet mål, at sundhed it skal understøtte patientens inddragelse i sundhedsvæsenet. Om strategiens betydning for patienten hedder det, at patienten: " vil få bedre muligheder for at blive medinddraget i beslutninger om behandling og vil på sigt opleve at have medejerskab og adgang til én journal - sin egen. " (Sundhedsministeriet, 1999, p. 12) Endvidere er en af tre målsætninger for sygehusvæsenets IT-anvendelse: " IT-anvendelse skal foregå som et led i det sundhedsfaglige arbejde, hvor alle relevante informationer er tilgængelige på det tidspunkt og sted, hvor de skal bruges. " (Sundhedsministeriet, 1999, p. 12). Siden er EPJ implementeret på alle regionernes hospitaler (Danske regioner, 2015), og mange nye strategier er kommet til. Ideen med at inddrage patienten ved brug af sundheds-it, bygger ovenpå flere af disse nye strategier. (Danske regioner, 2013) (Danske regioner, 2011)

I forbindelse med Sundhedsinformatik studiet på Aalborg Universitet udarbejdede vi sidste år et projekt omkring implementering af telemedicinsk udstyr. Projektet "Patient Empowerment- fra Strategi til handling" handlede om, hvordan Patient Empowerment ikke er tilstrækkeligt medtænkt i implementeringsprocessen. Empirien tydeliggjorde, at patienterne ikke blev involveret på en måde som gjorde dem i stand til at tage hånd om egen sygdom, men blot blev oplært i at foretage målingerne selv. Analysen viste blandt andet, at hvis implementeringen skal lykkes, så målet om Empowerment opfyldes, så krævede det en forandring af kulturen i afdelingerne, som arbejder med telemedicin. (Sabroe, et al., 2014)

Sidste års projekt, samt egne erfaringer fra hospitalsverdenen og sundhedsplejen, danner afsæt for den initierende underen for nærværende projekt:

**Hvilke forandringer skal iværksættes på en sygehusafdeling
for, at dokumentation sammen med patienten kan blive en realitet?**

Et af projektgruppens medlemmer har ved egen erfaring set, hvordan sundhedsplejens personale har bærbart udstyr med ud til familierne. Formålet med udstyret er, at der skal dokumenteres under besøget hos familierne. Teknisk er der lavet en løsning som gør, at familierne i det øjeblik

der dokumenteres kan følge med i teksten på egen skærm via webadgang. Men praksis er, at mange sundhedsplejersker alligevel vælger at dokumentere, når de er tilbage på kontoret.

Et studiebesøg i anden anledning på et akut afsnit sidste efterår viste, at der ikke dokumenteres tidstro, selvom der forefindes PC'er på stuerne - som i øvrigt er enestuer. Netop på et akut afsnit er arbejdsflowet afhængig af, at informationer ligger klar straks, således at næste sundhedsfaglige person hurtigst muligt kan handle på disse.

På en sengeafdeling er den tidstro dokumentation ikke altid af direkte betydning for behandlingen på kort sigt, men det at inddrage patienterne ved tidstro dokumentation vurderer projektgruppen, ville kunne hjælpe patienten til indsigt i eget forløb, og hjælpe til at kunne mestre egen sygdom. Også på sengeafdelinger kan patienternes tilstand hurtigt skifte, ligesom der ofte vil være flere sundhedsprofessionelle som løbende har brug for seneste status på patientens tilstand, med henblik på videre planlægning af behandling og pleje.

Hvis tidstro dokumentation ikke finder sted i et akutafsnit, hvor tilstedeværelse af informationer kan have betydning for patientens akutte behandling, så skaber det en uro over hvordan tilgangen til tidstro dokumentation mon vil være på et sengeafsnit?

I disse år arbejdes der på at omlægge sundhedsvæsenet så hospitalsindlæggelser bliver kortere, og patienterne skal tage aktivt del, og inddrages i eget forløb. Der planlægges blandt andet, at anvende specielle skærme på stuerne til at dokumentere i patientens journal i samarbejde med patienten (Danske Regioner, 2013).

Fra egen praksis ved vi, at det tidligere var sådan, at sygeplejersken dokumenterede inde på kontoret. Siden er den elektroniske patientjournal kommet ud på afsnittene og kan skabe basis for at dokumentationen kan foregå på stuerne. Men hvis dokumentationen som tænkt, fremover skal foregå på stuen sammen med patienten, så vil det give en ny interaktion mellem patient og sygeplejerske, og samtidig give anledning til den måde arbejdet er tilrettelagt på. Der er lagt op til organisatoriske forandringer i en gammel kultur.

Med erfaring fra sidste års projekt (Sabroe, et al., 2014), finder vi det relevant at undersøge hvilke forandringer der skal iværksættes for at dokumentation sammen med patienten kan blive en realitet.

Ovenstående viser at der er initiativer i gang som går i retning af, at der fremover skal arbejdes med elektroniske systemer i sundhedsvæsenet, og at patienten fremover i højere grad end nu skal inddrages mere i eget sygdomsforløb. Det fremgår også af praksis erfaring, at dokumentation fortsat foregår forskudt i tid, samt at hvis implementering af ny teknologi skal lykkes, må der også tages højde for de organisatoriske aspekter.

Nedenfor beskrives de organisatoriske forandringer der er i spil ved implementering af ny teknologi.

3.1 Organisatoriske forandringer ved implementering af nye teknologier

Forandringer i organisationer er mere almindelige end tidligere. Der er i dag mange faktorer der er i spil, når en forandring skal foregå i en organisation. (Hildebrandt og Bradi, 2015, p. 2)

Nogle forandringer kan påvirkes af ydre faktorer, såsom nye politiske strategier, foreningsorganisationer eller helt andre faktorer. Andre påvirkes slet ikke af ydre faktorer. (Hildebrandt og Bradi, 2015, p. 3)

For at tydeliggøre de faktorer der kan påvirke en forandring i en organisation, er det vigtigt at vide, hvordan strategierne indenfor "IT til sundhedsvæsenet" lægger op til, hvordan sygehusene skal understøtte og sikre at de IT strategiske initiativer bliver implementeret og forankret i ledelsesarbejdet på alle niveauer i sygehuset. (Regeringen, 2013, pp. 4,9,17) (Sundhedsministeriet, 1999)

Ovenstående viser vigtigheden i at strategierne, forplanter sig ned gennem de forskellige niveauer i en organisation, hvor de til sidst bliver repræsenteret ude hos sygeplejersken i samarbejde med patienten. En teknologi implementeres med succes når alle niveauer i en organisation er i spil. (Ingebrigtsen, et al., 2014)

Berg diskuterer ligeledes dette i en artikel, og tydeliggør at det menneskelige perspektiv burde være i højsæde, da dette er et af de vigtigste udgangspunkter for en succesfuld implementering af en forandring indenfor teknologi i sundhedsvæsenet. (Berg, 1999), (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015)

Flere internationale videnskabelige studier understreger betydningen af at medtænke organisatoriske forandringer for at implementering af sundheds it skal blive en succes (Gagnon, et al., 2012) (Lorenzi, et al., 1997) (Randell & Dowding , 2010)

Lorenzi og Riley har begge forsket i effektivisering af implementering af IT. De har udarbejdet 3 nøglekomponenter som alle skal behandles ligeværdigt for at få en forandring implementeret uden modstand. De 3 nøglekomponenter er Hardware, Peopleware (menneskelige/organisatorisk aspekt) og software. (Høstgaard & Nøhr, 2004, p. 14) De påpeger ligeledes, at de største problemer ligger i menneskelige/organisatoriske aspekt, hvor modstanden mod forandringen opleves stor. (Høstgaard & Nøhr, 2004, p. 15)

En lignende undersøgelse i England af flere hospitaler viser, at hospitalerne ikke er gode nok til at tage fuldt ansvar for implementering af nyt IT. Forandringen viser en ufuldstændig implementering og ringe mulighed for at få det nye tiltag i brug i hverdagen på hospitalet af det sundhedsfaglige personale. (British Medical Journal, 2014)

Eksemplerne fra både England og USA viser, at det danske sundhedsvæsen ikke er alene om at opleve udfordringer, når det gælder implementering af teknologi.

Nedenstående beskriver først hvordan strategier lægger op til at gøre arbejdsgangene på sygehusene mere effektive, dernæst hvordan strategier lægger op til øget patientinddragelse, og til sidst, hvordan denne patientinddragelse fx. kan ske ved at inddrage patienten i dokumentationsarbejdet, ved at flytte dette arbejde ud på sengestuerne.

3.2 Effektiviseringskrav i sundhedsvæsenet forventes afhjulpet med ændrede arbejdsgange

I strategien 'Digitalisering med effekt – national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017', nævnes, at tidstro dokumentation er effektivitetsfremmende.

Sundhedssektoren er generelt udsat for effektiviseringskrav (Ingeniøren, 2013). Optimering af arbejdsgange kan afhænge af muligheder for tidstro dokumentation. Patienterne ønsker mere kontakt med personalet, hvor patienten føler sig tryk og tages hånd om (Videnscenter for brugerinddragelse, 2015). Sygeplejersker er "skolet" med: omsorgsfuldhed, empati og grundighed. 43 % af de adspurgte sygeplejersker oplever at have mindre tid til patienterne end tidligere. (Dansk Sygeplejeråd, 2010) Projektgruppen antager at der kan rationaliseres ved, at dokumentationen foregår, samtidig med at patienten tilses. Der skal ikke bruges tid på at optage noter/diktare/på anden vis sikre sig at pointer huskes, for senere at kunne foretage disse registreringer. Ved efterregistrering hvor der skal fremfinde korrekte journal, og genfremkalde situationen og huske den præcise sammenhæng, ser projektgruppen risiko for tidsspilde.

Samtidig med krav om tidstro dokumentation, stilles der også krav om, at patienterne inddrages i forbindelse med dokumentation. I det følgende beskrives de strategier, som har fokus på patientinddragelse.

3.3 At inddrage patienterne.

Tanken om at inddrage patienten som aktivt deltagende og med ansvar for egen sundhedstilstand er ikke en ny tanke. Tilbage i 2002 blev der udarbejdet "National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006". Et af fokusområderne i strategien var Patientindflydelse og brugerinddragelse:

"Med henblik på at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet skal der indenfor strategiperioden etableres bedre muligheder og rammer for patienternes og de pårørendes aktive medvirken og indflydelse. Indflydelsen skal ske på alle niveauer, det vil sige både i forhold til det enkelte individuelle patientforløb, i arbejdet med tilrettelæggelsen af pleje- og behandlingsforløb for grupper af patienter og i forhold til den mere generelle planlægning af Sundhedsvæsenet" (National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Fælles mål og handleplan 2002-2006, s. 8)

Den nationale strategi falder godt i tråd med vores underen over at inddragelse af patienter kræver organisatoriske forandringer. Samtidig prioriteres sygeplejerskers inddragelse af patienter højt.

Ifølge en undersøgelse lavet af VIBIS (Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet) svarer de adspurgte sygeplejersker at 99 % (ud af 2000) at inddragelse af patienterne er vigtig. (Videnscenter for brugerinddragelse, 2015)

9 ud af 10 sygeplejersker mener ydermere at inddragelse øger patienttilfredsheden, styrker kvaliteten og skaber et bedre sammenhængende patientforløb. Inddragelse af patienten øger ligeledes patientens opmærksomhed og giver færre fejl. (Dansk Sygeplejeråd, 2014) og (Videnscenter for brugerinddragelse, 2015)

Et overordnet mål med at inddrage patienterne er at øge patienternes empowerment². Patient Empowerment afhænger af mange faktorer som påvirker hinanden (Sabroe, et al., 2014). Da det ikke er "patient empowerment" der er i fokus i dette projekt, vælger vi udelukkende at beskæftige os med den helt snævre vinkel 'at inddrage patienten ved dokumentation'.

I dette projekt forstås patientinddragelse som vidensdeling mellem patient og sundhedsprofessionelle således at patienten har mulighed for at have indflydelse på beslutninger der træffes i forbindelse med eget sygdomsforløb. I dette projekt vælges udelukkende at se på inddragelse af patienten, og medtager således ikke de pårørende, på trods af vi er opmærksomme på at de pårørende er en del af patienten, og medtages i strategierne.

Dokumentation er et centralt begreb i dette projekt. Samtidig er dokumentation et komplekst begreb i sundhedsvæsenet. Der vil nedenfor blive redegjort for hvad der forstås ved dokumentation på hospitalerne, samt hvordan dokumentation anvendes som begreb i dette projekt.

3.4 Dokumentation i det danske sundhedsvæsen

Nedenfor beskrives, hvorledes dokumentation indgår i det danske sundhedsvæsen. På hospitalerne er der stor forskel på, hvordan de forskellige personalegrupper dokumenterer. Dette projekt vil have fokus på sygeplejerskernes dokumentation.

Sygeplejerskerne på sygehuse skal tilgodese mange krav, når der skal dokumenteres i en patients journal. Ifølge DSR er en af de vigtigste grunde: *"At dokumentere er selvfølgelig at skabe ro og kontinuitet i et patientforløb. Sygeplejersjournalen er både et kommunikationsredskab og et planlægningsredskab"*. (Dansk Sygeplejeråd, 2010)

² I dette projekt anvendes følgende definition af 'Patient Empowerment':

"Et sammenspil over tid, mellem patienten og den sundhedsprofessionelle der fører til, at patienten øger sin handleevne og kompetence, og således kan tage ansvar og føle ejerskab over sit liv, og det der påvirker det. (Sabroe, et al., 2014)

Autorisationsloven pålægger det sundhedsfaglige personale at dokumentere om patientens tilstand og planlægning og afvikling af patientforløbet, at journalføringen skal foregå løbende og i umiddelbar³ tilknytning til planlægningen og udførelsen af den sygefaglige pleje og behandling af patienten. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011, pp. Kapitel 6, §§21-25) Det er i samme lov beskrevet at oplysningerne skal dokumenteres så snart som muligt efter kontakten med patienten.

I "Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018" (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015) har sundhedsministeriet valgt, at sygehusene ikke skal arbejde med akkreditering som tidligere, hvilket vil lette det sundhedsfaglige personales dokumentation. Sygeplejerskerne vil fortsat skulle indtaste værdier på patienterne, men fremtiden vil ikke være fyldt af målinger og vurdering på kvalitet ud fra akkrediteringsmodellen (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015) .

Et af fokusområderne i Regionernes strategier er fokus på et sammenhængende patientforløb, hvor patienten er i centrum og hvor det sundhedsfaglige personale arbejder effektivt ved at dokumentere hos patienten. (Danske regioner, 2013)

Der er således i lovgivningen og strategier banet vej for, at der kan dokumenteres sammen med patienten. Dokumentationen skal dels foregå kontinuerligt dels, at patienten har ret til indsigt i journalen, være et kommunikationsredskab, samt at der er strategisk fokus på at inddrage patienten aktivt i dokumentationsarbejdet.

I dette projekt afgrænses dokumentation til at handle om den dokumentation der vedrører patientens tilstand og aktuelle status, samt en beskrivelse af planlagt og udført pleje og behandling, og medtager derfor ikke, at der i visse tilfælde også skal dokumenteres for faglige handlinger eller af administrative årsager.

Definition af dokumentation

Dokumentation defineres herefter i dette projekt som:

Skriftlige optegnelser omhandlende patientens status, indgåede aftaler om planlagt pleje og behandling, samt evaluering af aktiviteter udførte i samarbejde med patienten.

3.5 Begrebet "inddragelse af patient ved dokumentation"

I dette projekt afgrænses tidstro dokumentation som at det foregår 'mens det sker'. Hermed menes, at en dokumentation om fx en plan om pleje i relation til et givent problem dokumenteres i den seance, hvor den aftales med patienten, og opfattes derfor som værende tidstro.

Denne afgrænsning, samt definitionen af dokumentation ovenfor, fører over til begrebet "inddragelse af patienten ved dokumentation".

³ Umiddelbar " betyder ifølge ordbog: "Som indtræffer næsten samtidig med; som indtræffer kort tid før eller efter " (Den danske ordbog, 2015)

I dette projekt anvendes begrebet "inddragelse af patienten ved dokumentation" som:

"Skriftlige optegnelser omhandlende patientens status, indgåede aftaler om planlagt pleje og behandling, samt evaluering af aktiviteter udførte i samarbejde med patienten, dokumenteret efter aftale, og i samarbejde med patienten. "

Begrebet indebærer at det, der dokumenteres, er aftalt og afstemt med patienten.

Begrebet vil endvidere i projektet, blive omtalt som en teknologi idet det omfatter elementer af teknik, viden, organisation og et produkt.

Nedenfor følger en sammenfatning af beskrivelse af problemfeltet, hvor det redegøres for faktorer som danner grundlag for at beskæftige sig med at inddrage patienten ved dokumentationen i det danske sundhedsvæsen.

3.6 Sammenfatning af beskrivelse af problemfeltet

Strategierne inden for sundhedsvæsenet lægger op til på en gang at højne kvaliteten og samtidig gøre sundhedsvæsenet mere effektiv. Effektivitet søges opnået, dels ved at mål fra de politiske intentioner i strategierne opfyldes, dels ved at give patienten mere ansvar i form af patientinddragelse. Man ønsker inden for sundhedsvæsenet at arbejde hen imod et sammenhængende forløb, - hvor patienten er i fokus.

Internationale studier bekræfter at der er udfordringer organisatorisk når der skal implementeres sundheds it, en at der ses muligheder for forandring med de rette redskaber.

Sundhedsloven vil sammen med den nye "Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018" forbedre mulighederne for at dokumentere tidstros sammen med patienterne. De sundhedsprofessionelle vil opleve en tidsbesparende faktor, når akkrediteringen forsvinder ud af dokumenteringen.

Det bør undersøges, hvordan der arbejdes med tidstro dokumentation i afdelingerne nu, og hvordan man forestiller sig, at dette skal foregå fremover med henblik på at vise, hvad der skal til for at hensigterne udtrykt i strategierne kan opfyldes.

For at undersøge dette, vil der nedenfor bliver afdækket, hvordan der arbejdes med dokumentation, samt hvordan holdningen til inddragelse af patienten er i et konkret sengeafsnit nu.

Nedenfor beskrives først metode og design for det samlede projekt. Derefter følger en beskrivelse af metoden til afdækning af sygeplejerskernes dokumentationskultur i den valgte undersøgelsesenhed.

Efter dette følger en beskrivelse af den udvalgte undersøgelsesenhed, efterfulgt af afrapportering af empiriindsamlingen med tilhørende analyse, før en endelig problemformulering for projektet indkredses.

4.0 Metode og design for dette projekt

I dette afsnit vil vi beskrive den metodiske fremgangsmåde for hele projektet

Projektet er et single case studie i et kirurgisk sengeafsnit på Aarhus Universitets Hospital (AUH) som undersøgelsesenhed. Projektet er op bygget i to dele:

I første del udforskes undersøgelsesenheden for at af dække hvordan den nuværende kultur og de nuværende arbejdsgange omkring dokumentation og inddragelse af patienten⁴ er i sengeafsnittet. Undersøgelsen foregår ved interviews og observationsstudie i felten. Efterfølgende åbnes empirien ved brug teori.

I anden del af projektet tages der udgangspunkt i relevante forandringsteorier, som analyseramme for empirien. Teorierne anvendes i denne del til igen at åbne empirien for at finde frem til ny viden om, hvad der skal til i sengeafsnittet for at inddragelse af patienten ved dokumentation i sengeafsnittet.

Hermeneutik

Projektet vil arbejde i en hermeuetisk forståelsesspiral. Dette indebærer fortolkning, som er menneskets redskab til forståelse af empiri. (Birkler, 2013, p. 94) For at forstå en del af casen, må vi forstå helheden. Omvendt kan vi kun forstå helheden, når vi forstår de enkelte dele. Forståelse og forforståelse forudsætter hinanden, og skaber den hermeneutiske spiral. (Berg, 1999, p. 95) Ved projektets start har projektgruppen en forforståelse af, hvordan kulturen og arbejdsgangene ser ud på et sengeafsnit. Ved at undersøge dette opnås en ny forståelse af den verden der udforskes. Denne nye forståelse bliver da forforståelsen for næste del af projektet, hvor empirien vil blive yderligere udfoldet.

Design af projekt

Nedenfor beskrives overvejelser i forbindelse med design af første del af projektet. Med design menes fremgangsmåden hvorpå indsamling af empiri vil foregå, samt hvorledes analyse og fortolkning af data senere vil blive foldet ud.

Design afhænger af det problem, der skal undersøges. Dette projekt vil undersøge hvilke forandringer der skal til for at implementering af det "at inddrage patienten ved dokumentationen" kan blive muligt.

⁴ Patient omtales i dette projekt som han.

Projektgruppen er bekendt med at kulturer kan være forskellige fra sengeafsnit til sengeafsnit, men for at gøre det muligt at anvise helt konkrete handlingstiltag vælges at tage afsæt i ét sengeafsnit og undersøge dette i dybden. Tilgangen med at afdække i dybden synliggør eksisterende arbejdsgange og kulturen nøje i denne ene case, og dermed synliggøres de præcise tiltag der skal til i det konkrete eksempel. Det vil være op til læseren, gennem kendskab til egen kultur, at vurdere om disse anvisninger kan relateres til egen organisation.

Single casestudie som design

For at kunne afdække eksisterende arbejdsgange ved dokumentation og kultur omkring inddragelse af patienten, har vi valgt single casestudie som design for undersøgelsen. Med single-case forstås i dette projekt, at der udforskes ét sengeafsnit.

"Casestudiet som forskningsstrategi er relevant at anvende, når man som forsker antager [...] at der er en sammenhæng mellem det sociale fænomen, der undersøges, og den kontekst, hvori fænomenet udfolder sig." (Salomonsen & Houlberg, p. 32) Dette projekt vil med en undersøgelse af eksisterende kultur (det sociale fænomen) i afsnittet (konteksten) afdække udgangspunktet for den forandring, der skal iværksættes for at dokumentation sammen med patienten kan blive en realitet. Vores antagelse er, at kulturen skal forandres, før dette kan blive en integreret del af arbejdet.

Casestudier kan give et detaljeret billede af det fænomen, der undersøges, og da casestudiet foregår i en dialog med informanterne gives der mulighed for, at der kan afdækkes vinkler som ikke var planlagte på forhånd. Ved et casestudie må projektgruppen være opmærksom på, at det at afgrænse sit studie i sig selv, er en fortolkning af den case der studeres. (Salomonsen & Houlberg)

Datagrundlaget kan være relativt vanskeligt at bearbejde, da der ikke nødvendigvis er direkte sammenligningsgrundlag, som fx i en kvantitativ undersøgelse, men data må 'sættes i mønstre' før de kan tolkes. (Kvale & Brinkmann, 2008, p. 223) Som analyseramme for dette studies empiri, vælger vi at anvende teknologibegrebet.

Fra induktiv til deduktiv.

Projektet vil afdække kulturen i et afsnit, samt dennes betydning for, hvorvidt der arbejdes med at dokumentere sammen med patienten. Der tages afsæt i empiri, som foldes ud ved brug af en teoretisk analyseramme. Konklusionen på denne første analyse som afdækker eksisterende arbejdsgange og kultur, vil efterfølgende, ved yderligere analyse op mod forandrings og motivationsteorier, generere ny viden om hvilke tiltag der er behov for i sengeafsnittet, for at det bliver muligt at realisere dokumentationen sammen med patienten.

Induktion er, når vi tager udgangspunkt i empirien, for at slutte os til en generel viden om teorien (Andersen, 1999, p. 39). I dette projekt tages udgangspunkt i empirien indsamlet eksplorativt, og derudfra generaliserer vi om sygeplejerskernes kultur og arbejdsgange.

"Deduktive slutninger er, når vi med udgangspunkt i generelle principper drager slutning om enkelte hændelser." (Andersen, 1999, p. 39) Vi tager i dette projekt udgangspunkt i forskellige typer af forandringsteorier, for at kunne sige noget om forandringen i den valgte case, og arbejdet sidenhen deduktivt.

Der arbejdes med andre ord induktivt i dette projekts første del, hvor der indsamles empiri som tolkes og relateres til generel viden i form af teori, og deduktivt i anden del, hvor der genereres ny viden ud fra eksisterende teori og empiri.

Kvalitativt studium

Det kvalitative studie giver viden og indsigt i menneskers livsverden. Ved det kvalitative studie indsamles data til fortolkning uden brug af talmateriale.

Kvalitative forskningsinterview anvendes når forskningsformålet er (Christensen, et al., 2007):

- At opnå viden om eller forståelse af menneskers oplevelser, intensioner, handlinger og motiver
- At beskrive eller analysere processer og forløb
- At studere samspil
- At evaluere funktion eller intervention

Dette studie har netop til formål at søge at forstå hvad der ligger til grund for nuværende dokumentationsarbejdsgange, for derpå at kunne opstille begrundende forslag til tiltag med henblik på ændring af den eksisterende adfærd.

Sammenfattende kan siges, at der er tale om et kvalitativt single casestudie, som i første del arbejder induktivt for at generalisere ud fra empiri, og i anden del arbejder deduktivt for at konkludere med afsæt i teorier.

Nedenfor følger nu en beskrivelse af metoden til afdækning af sygeplejerskernes dokumentationskultur i den valgte undersøgelsesenhed. Der vil endvidere blive argumenteret for valg af interviewformer til indsamling af empirien.

5.0 Afdækning af sygeplejerskernes dokumentationskultur

5.1 Metode til afdækning af sygeplejerskernes dokumentationskultur

Første del af studiet vil som nævnt koncentrere sig om at indsamle viden om eksisterende dokumentationsarbejdsgange, samt kultur i afsnittet. I det følgende beskrives metoder anvendt til indsamling af empiri til brug for denne undersøgelse.

Vejen fra det strategiske niveau til de operationelle niveauer kan være lang, og der er mange led som visionerne skal forplantes sig ned gennem. Ved et tidligere projekt "Patient Empowerment - Fra Strategi til handling" (Sabroe, et al., 2014), så vi, at denne forplantning mistede gennemslagskraft undervejs fra øverste strategiske niveau til det nederste operationelle niveau. Der ses derfor en risiko for, at der også i forbindelse med strategier om inddragelse af patienter fx ved dokumentation, kan mistes gennemslagskraft i formidling af hensigterne.

Sengeafsnittet vil blive udforsket ved en kombination af interviews og observationsstudie. Der vil blive gennemført interview for at undersøge holdningen blandt sygeplejersker i afsnittet, i forhold til det at dokumentere sammen med patienten, og at inddrage patienten i dokumentationen og til at afdække dette benyttes dels fokusgruppe interview, dels observationsstudie.

Endvidere vil afdækningsledelsens holdning til at personalet inddrager patienten ved dokumentationen blive undersøgt ved et semistruktureret interview.

Projektgruppen er opmærksom på at forskningsinterviewet er et håndværk som skal læres. (Kvale & Brinkmann, 2008, p. 111) I dette projekt er projektgruppen novicer i at interviewe. Det kan blandt andet betyde, at interviewerne kan være låst af interviewguiden og kan have svært ved at følge op på interessante emner som dukker op under interviewet og som forskerne ikke tidligere har tænkt på.

Der er udarbejdet en interviewguide, (Bilag 1 og 3) med åbne spørgsmål, som skal støtte projektgruppen gennem interviewet. Interviewet skal efterfølgende analyseres i forhold til Teknologibegrebet (Müller), interviewguiden lægger sig op derfor op af de fire deelelementer i Teknologibegrebet.

Nedenfor beskrives hvorledes interview og observationsstudie er designet med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns 7 faser.

5.1.1 Design af interview og observationsstudie

Med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns syv faser i interviewundersøgelse (Kvale & Brinkmann, 2008, p. 122), har der været følgende overvejelser i forhold til design af interview og observationsstudiet. Kvale og Brinkmann arbejder med det kvalitative forskningsinterview. I projektet er de overvejelser der er gjort i forbindelse med interviewene, også gældende for observationsstudiet, hvorfor begge dataindsamlingsmetoder er beskrevet samlet i nedenstående tabel.

Faser i det kvalitative forskningsinterview	Overvejelser i forhold til interview og observations studie på et kirurgisk sengeafsnit.
Tematisering	Formålet med besøg i afsnittet er at indhente viden, som belyser, hvordan der arbejdes med dokumentation nu, samt hvad de sundhedsprofessionelle og ledelsen tænker om fremtiden, mht. dokumentation sammen med patienten.
Design	Under besøget i afsnittet, udføres et observationsstudie, et fokusgruppe interview med plejepersonalet, samt et interview med afdelingssygeplejersken. Teknologibegrebet af Muller, beskrevet i "Samfundet i Teknologien, bruges som analyseramme for den indsamlede empiri. (Remmen, et al., 1990, pp. 27-47) Derfor danner Teknologibegrebet grundlag for interviewguide for de to interviews og for den guide der er udarbejdet i forhold til observationsstudiet. (Se Bilag 1, 2 og 3)
Interview	Interviewene har taget udgangspunkt i de udarbejdede interviewguides og selve interviewene er foregået på afsnittet i informanternes vante rammer. Observationsstudiet er foregået i afsnittet samme dag som interviewene er udført.
Transskribering	Begge interview blev optaget og er efterfølgende transskriberet. Resume ses på side 18 og 19 Ved hjælp af en caseskabelon, er alle observationer "transskriberet" Resume ses på side 20
Analyse	For at overskue de mange transskriberede sider, vil interviewene og observationsstudiet, ved hjælp af meningskodning og meningskondensering blive meningsfortolket. Den fortolkning vil efterfølgende blive analyseret i forhold til Teknologibegrebet
Verifikation	Empirien er indsamlet under forskellige vinkler, i form af to typer af interview samt et observationsstudie med forskellige repræsentanter fra afdelingen. Dette vil styrke bredden i undersøgelsen, og danne baggrund for anbefalinger af interventioner på afsnittet.
Rapportering	Empirien vil blive anvendt videnskabeligt ved at blive analyseret mod relevant teori. Resultatet af denne analyse danner baggrund for en workshop, hvor der angiveligt skal arbejdes med motivation og forandring

Tabel 1: I De overvejelser der er gjort i forbindelse med interviewene, er også gældende for observationsstudiet, hvorfor begge dataindsamlingsmetoder er beskrevet samlet i ovenstående tabel.

5.1.2 Interview med afdelingssygeplejersken

For at få undersøgt hvordan der arbejdes med inddragelse af patienterne i dokumentation, har projektgruppen brug for at interviewe relevant personer i et afsnit. Afdelingssygeplejersken bør som leder, være den der går forrest i en forandringsproces (Fair Proces s. 13) og det er derfor

relevant at interviewe hende. Målet for dette interview er, at få kendskab til hendes holdning i forhold til, at der i fremtiden lægges op til, at der kan dokumenteres sammen med patienterne.

Interviewet med Afd. spl. skal foregå som et semistruktureret interview. Ifølge "Interview" af Kvale og Brinkmann forstås Semistruktureret livsverdensinterview⁵ således:

'Det defineres som et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener' (Kvale & Brinkmann, 2008, p. 19)

Det uddybes på følgende måde:

'Et planlagt og fleksibelt interview, der har til formål at indhente beskrivelser af interviewpersonens livsverden med henblik på fortolkning af meningen med de beskrevne fænomener.' (Kvale & Brinkmann, 2008, p. 353)

Definitionerne lægger op til at man ved hjælp af interviewmetoder får indsigt i den interviewedes livsverden. Derudfra kan fortolkes på afdelingssygeplejerskens meninger og holdninger i forhold til, at sygeplejerskerne skal dokumentere sammen med patienterne.

Fordelen ved denne interviewform er, at informanten kan ledes i retning af de emner som forskeren ønsker. Det er samtidig muligt at få uddybet interessante holdninger og meninger, og forfølge meninger som dukker op undervejs i interviewet og på den måde få uddybet svarene og få mere information frem.

Spørgsmål kan misforstås, hvilket kan korrigeres, når man sidder sammen under interviewet. Det er desuden muligt at aflæse kropssprog og umiddelbare reaktioner på de stillede spørgsmål. Ved enkeltmands interview i forhold til fokusgruppe interview, er det forventeligt at informanten ikke holder sig tilbage, men giver udtryk for sine holdninger og meninger, da der ikke er nogen at tage hensyn til. (Andersen, 1999, p. 207)

5.1.3 Fokusgruppeinterview

Fokusgruppe interview er et interview, hvor en gruppe mennesker under semistruktureret ledelse diskuterer deres holdning til et emne. Fokusgruppe interview er en metode til at skaffe sig viden om informanternes livsverden, og der eksempelvis "oplevelser, meninger, følelser, ønsker og livsstil" (Kvale & Brinkmann, 2008, p. 79)

I Fokusgruppe interview er det interaktionen mellem gruppens medlemmer, der er fokus på. Hensigten med at interviewe en gruppe og ikke enkeltindivider er netop, at interaktionen i en gruppesamtale oftere vil føre til situationer, hvor de interviewede udtrykker sig spontant og

⁵ Livsverden: Verden, som man møder i dagliglivet, og som den foreligger i direkte og umiddelbar oplevelse, uafhængigt af og forud for videnskabelig forklaring (Kvale og Brinkmann s. 351)

emotionelt om emnet. (Poulsen, 1999) Det er i den situation muligt at indhente informationer om hvordan gruppen spiller sammen. Har 'svage' gruppemedlemmer svært ved at komme til orde? Bliver gruppemedlemmernes holdning trukket skarpere op end ellers i forsøget på at positionere sig i gruppen? Hidser deltagerne i gruppen hinanden op til at have holdninger de hver især måske ikke kan stå inde for? (Nielsen, et al., 2014, p. 90) Samtidig vil dynamikken i gruppen kunne facilitere, at informanterne formulerer holdninger, de ikke tidligere har fået sat ord på. Fokusgruppe interviewet kan derfor bruges til at afdække de holdninger der, hos den enkelte og i gruppen, ligger til grund for, at der handles, som der gør. Interviewet afdækker, hvordan der ses på det at dokumentere sammen med patienten, blandt de udvalgte af afdelingens sygeplejersker.

Ved fokusgruppe interviewet må man kende fordele og problemer ved formen.

Fordele ved gruppeinterview ifølge Andersen (Andersen, 1999, p. 207):

- Billig og hurtig måde at indhente informationer fra mange personer på et ret detaljeret niveau.
- Stimulerer interaktionen i gruppen til mere nuancerede og dybtgående udsagn, end ved traditionelle interview.
- Formen virker kontrollerende i forhold til ekstreme og usande udsagn.
- Deltagerne kan opleve interviewformen som mere interessant end et almindeligt enkeltpersons interview.

Problemer ifølge Andersen (Andersen, 1999, p. 207):

- Begrænsning til relativt få spørgsmål/ temaer på grund af de mange deltagere
- Processen kan være vanskelig at styre, særligt hvis der opstår konflikter eller stridigheder
- Ikke alle emner er egnet til grupper – fx spørgsmål af privat karakter.
- At nogle ikke tør ytre sig på grund af magtrelationer i gruppen. (Andersen, 1999, p. 207)

5.1.4 Observationsstudier

Observationsstudier anvendes til indsamling af data og bestemt adfærd i dens naturlige omgivelser omkring det nonverbale adfærd. (Kristiansen & Krogstrup, 2015, pp. 10-11)

Observatøren taler og interagerer med de aktører, der ønskes at forstås nærmere. Ved at opholde sig i aktørens eget miljø, får observatøren ligeledes adgang til at vurdere de dynamikker der kan udspille sig ved interaktioner, konflikter og forandringer. Forskeren må være opmærksom på at tilstedeværelsen kan have betydning for det observerede.

"Forskeren indgår i en interaktion med det felt, der studeres, og således spiller en aktiv rolle som deltager i det miljø, han observerer. Fischer(1995) in (Kristiansen & Krogstrup, 2015, p. 52)

Feltrollerne som observatør bliver tydeliggjort af metoden, der anvendes i selve observationen.

I forbindelse med observation på det kirurgiske sengeafsnit, har projektgruppen valgt rollen som "Observatør som deltager". Denne rolle bruges i situationer, hvor kontakten med informanterne er kortvarig og formel og hvor kontakten åbent betegnes som observation. (Kristiansen & Krogstrup, 2015, p. 117) Formålet med observationsstudiet er at observere sygeplejerskerne i deres naturlige omgivelser, dette vil det give projektgruppen et billede af, hvordan der arbejdes med dokumentation i dag.

Fordele ved observationsstudie: Er at man kan observere menneskers adfærd i de naturlige omgivelser direkte, hvilket giver et mere korrekt billede af virkeligheden end hvis man udførte studiet i et laboratorium, hvilket vil være unaturligt.

Ulemper ved observationsstudie: Er at man kan påvirke menneskers adfærd, når de observeres, da de vil være bevidste om deres observatørs tilstedeværelse. Survey⁶ studier eller interview er mindre tidskrævende, hvor observationsstudier ikke når menneskernes bagvedliggende mening når adfærden observeres.

Derfor vil dette projekt med fordel, kunne kombineres med semistrukturerede og fokusgruppe interview, så studiet får den bagvedliggende mening frem.

Sammenfatning af metodeafsnittet

Formålet med indsamling af empirien er at få afdækket kulturen og normerne omkring det at dokumentere sammen med patienten i undersøgelsesenheden.

Via interview med Afd. Spl. får projektgruppen kendskab til hendes livsverden og holdning til, dels hvordan dokumentationen i afdelingen forgår nu og dels, at der i fremtiden skal dokumenteres sammen med patienterne. Det er vigtigt at hun bakker op om forandringen for at det skal lykkes at skabe ændringen.

Det er også vigtigt at kende sygeplejerskernes holdning til at dokumentere sammen med patienterne. Ved hjælp af observationsstudiet, ser vi hvordan de løser opgaven i dag og ved hjælp af fokusgruppe interviewet får projektgruppen et nuanceret billede af, hvordan gruppen stiller sig over for den kommende forandring. Det er relevant viden, som skal bruges i forhold til at udarbejde anbefalinger til afdelingssygeplejersken, som hun skal bruge til at motivere sine medarbejdere til at være deltagende og engagerede i den kommende forandrings proces.

Ovenfor er der redegjort for metode til undersøgelse af sygeplejerskernes dokumentationskultur, samt for design af interviews og observationsstudie. Empiriindsamlingen skal anvendes til afdækning af eksisterende samspil mellem sygeplejerske og patient ved dokumentationen, og

⁶ Repræsentativ stikprøveundersøgelse

senere anvendes til analyse af indsatsområder ved implementering af "inddragelse af patienten ved dokumentation" i sengeafsnittet.

Herefter følger en præsentation af undersøgelsesenheden i dette single-casestudie.

5.2 Præsentation af undersøgelsesenheden

Ved udvælgelse af undersøgelses enhed, ville det være oplagt at finde et afsnit på et af de kommende supersygehuse, hvor der netop lægges op til, at der skal dokumenteres sammen med patienterne. Supersygehuse bygges med enestuer og færre kontorer, så fremtiden bliver, at der skal dokumenteres på stuen. (Danske regioner, 2013, p. 6)

Af praktisk grunde, faldt valget på et sengeafsnit i Region Midtjylland. Der blev skabt kontakt til et kirurgisk sengeafsnit på Aarhus Universitets hospital, AUH. Afsnittet er en del af en større afdeling, som består af yderligere to afsnit, operationsafsnit og ambulatorium.

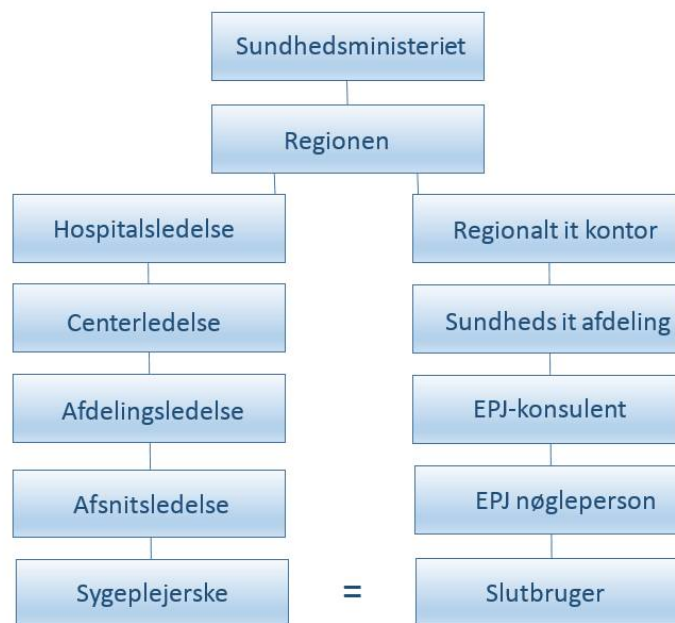
Afd. spl. har været i stillingen siden afsnittet blev oprettet, og hun fortæller, at der sjældent skiftes ud i personalegruppen. Sidste ankomne har været i afsnittet i 4-5 år.

Undersøgelsesenheden har ifølge Afd. spl. 17 sengepladser og har ca. 600 indlæggelser årligt.

Afsnittet modtager både elektive og akutte patienter, til større og mindre operationer. Der er stor variation i alderen på patienter.

Der er ansat 24 sygeplejersker og 6 social- og sundhedsassistenter, som Afd. spl. har ledelses ansvar for (Afd. spl.) Over Afd. spl. er en Oversygeplejerske, som også har det sygeplejefaglige ledelsesansvar for de andre afsnit og ambulatorier i afdelingen, hun referer til sygehusledelsen, som referer til Regionen og videre op til Sundhedsministeriet.

I forhold til den sundhedsinformatiske ledelse, er lagene i organisationen lidt anderledes. Som det ses i nedstående figur 2, er der en EPJ-nøgle person, EPJ-konsulent, Sundheds IT afdeling på hospitalet og et Regionalt IT kontor, som referer videre til Regionen og op til Sundhedsministeriet.



Figur 2. Illustration af sygeplejerskens organisatoriske placering i forhold til henholdsvis den sundhedsfaglige ledelse og den Sundhedsinformatiske ledelse. Sygeplejersken ligger nederst i de to organisationer, med rolle som hhv. sygeplejerske og slutbruger. EPJ-nøglepersonen og sygeplejersken refererer til to ledelsessiloer: den sundhedsfaglige ledelse og Sundheds-it-organisationen. Figuren skal illustrere at der er to ledelsessiloer. Opstillingen med organisatoriske led over for hinanden henviser til leddene som sygeplejersken refererer til op gennem organisationen, og er ikke udtryk for organisatorisk placering på tværs af siloerne. (Egen figur)

Overordnede rammer for AUH:

AUH, samarbejder med de sundhedsfaglige grunduddannelser og de sundhedsvidenskabelige fakulteter (Aarhus Universitetshospital, 2015)

AUH arbejder under 5 følgende strategier:

- Vi yder den bedste behandling med respekt for det enkelte menneske
- Vi udfører omfattende forskning på højt internationalt niveau til gavn for patienterne.
- Vi uddanner og udvikler kompetente og engagerede medarbejdere.
- Vi skaber resultater gennem samarbejde
- Vi spiller en aktiv rolle i sundhedsvæsenets udvikling regionalt, nationalt og internationalt. (Aarhus Universitetshospital, 2015)

I 2012 blev projektet "Godt begyndt" iværksat, (AUH, 2015) hvilket er et læringsforløb for sygeplejersker, både for dem der har været ansat i flere år, såvel som for de nyuddannede. Projektet "Godt begyndt" indbyder til, at hvert enkelt afsnit anvender det de finder relevant for god læring, refleksion og samarbejde, hvor følgeskab og mentor⁷. (AUH, 2015, p. 9) Projektet giver tid, rum, oplæring og sparring til de nyuddannede sygeplejersker. (AUH, 2015, p. 5)

⁷ Følgeskab og mentor er begge begreber knyttet til "Godt begyndt"

Efter præsentation af undersøgelsesenheden, følger neden for resumeer af de gennemførte 2 interviews, samt observationsstudiet. Dette efterfølges af en analyse af eksisterende samspil mellem patient og sygeplejerske ved dokumentation i sengeafsnittet, som det blev afdækket gennem empirien.

5.2.1 Resume af interviews og observationsstudiet

I dette afsnit beskrives kort hvordan interviewene og observationsstudiet blev gennemført rent praktisk, efterfulgt af et kort resume med hovedpointer fra de respektive interviews og observationer.

Der blev foretaget to interviews og et observationsstudie:

- Semistruktureret interview med Afd. spl.
- Fokusgruppeinterview, deltagelse af 7 sygeplejersker og social og sundhedsassistenter⁸.
- Observationsstudie i afsnittet.

Interview og observationsstudiet blev aftalt via telefon og mail. Interview og observationsstudie blev gennemført af projektgruppens medlemmer på én dag, i afsnittet.

De 2 interviews blev optaget på lydfil, hvor det herefter blev transskriberet. Observationsstudiet blev noteret som små cases og efterfølgende bearbejdet i gruppen.

Begge interviews og observationsstudiet havde fokus på 4 området/elementer i teknologibegrebet af Muller, som vil nævnes senere i projektet. (Remmen, et al., 1990)

5.2.2 Resume af observationsstudiet på afsnittet.

Observationsstudiet foregik på afsnittet en almindelig hverdag fra kl. 8.00- ca. 11.30. Alle tre projektgruppe medlemmer udførte observationer, hvor vi fulgte forskellige sygeplejersker i deres arbejde.

Det der kendetegner afsnittets arbejdsgange er mundtlig overdragelse, ingen inddragelse af patienterne i forbindelse med dokumentation og Huskeseddel⁹ som et vigtigt arbejdsredskab i løbet af dagen. Se bilag 2

⁸ De to faggrupper vil fremover i dette projekt, af hensyn til læsevenligheden, blive omtalt som én gruppe benævnt 'sygeplejersker'. Vi er bekendt med at de to faggrupper har forskellige faglige kompetencer. I relation til feltet i nærværende projekt, er der imidlertid ikke forskel på kompetenceniveauet, hvorfor en fælles benævnelse foretrækkes. .

⁹ Huskeseddelen er en oversigt over de indlagt patienter i afsnittet. Aftenvagten laver en ny hverdag, Den indeholder oplysninger om Patientens navn, Cpr og hvilken stue vedkommende ligger på. Hvert personale får en seddel og skriver

Der blev udvekslet rigtig mange informationer af sygeplejerskerne, som først over middag blev skrevet ind i EPJ.

Vitale værdier havde en lang vej fra de var målt til de nåede frem til patientens elektroniske journal. En sygeplejerske havde målt blodtryk, puls og temperatur, værdien skrev hun ned på sin Huskeseddel. Efterfølgende gav hun den ansvarlige sygeplejerske for gruppen besked om værdierne, sygeplejersken skrev det ned på sin huskeseddel, for derefter at gennemgå patienterne sammen med en læge, hvor de vitale værdier også havde betydning. Først mellem kl. 13 og 14 blev det ført ind i EPJ.

Patienten blev ikke inddraget i stuegang, hvor der træffes beslutninger om den videre behandling. Lægen og sygeplejersken kiggede patients journal igennem inde på kontoret og aftalte der, hvad den videre plan skulle være. Efterfølgende blev patienten informeret. Og mellem kl. 13- 14 skrev sygeplejersken planen ind i EPJ. I et tilfælde, fortæller en patient, at han har læst urigtige oplysninger i sin E-journal, men ingen gjorde særlig meget for at få det korrigeret.

I forbindelse med indlæggelsessamtale, som foregik i et samtalerum, hvor der var PC til rådighed, blev den ikke brugt. Efterfølgende skrev sygeplejersken om samtalen på kontoret. Hun gav udtryk for, at hun under ingen omstændigheder havde lyst til at medbringe en PC til den slags samtaler.

Afsnittet har et antal bærbare PC'er, men ingen af dem ser ud til at blive brugt. Sengestuerne er ikke ret store, så det kan være svært at medbringe en PC på stuen. På kontoret er der store Klinisk Logistik tavler, som er opdateret med, hvor patienterne er, ex. til røntgen, og om der skal være stuegang. I forbindelse med morgenkonference i afdelingen stod personlet med ryggen til skærmene, og oplysningerne kom fra sygeplejerskens Huskesedler.

Kun i forbindelse med medicingivning, blev EPJ brugt tidstro.

5.2.3 Resume af interview med Afd. Spl.

Interview med Afd. spl. foregår på hendes kontor i afsnittet.

Afd. Spl's rolle er, at holde styr på alle sine medarbejder og kommunikere med dem. Hendes rolle er vigtig i forhold til vedblivende at skabe meningsfyldte arbejdsfællesskaber.

Afsnittet arbejder meget med forskellige typer af opgaver. Herunder både SKAL-KAN-VIL opgaver. SKAL opgaver kommer oppefra, VIL og KAN opgaverne, er muligheder som de sundhedsprofessionelle kan arbejde med under bestemte rammer for afsnittet.

selv sine noter om den pågældende patient. Den bruges også i løbet af dagen til at skrive oplysninger ned på, der senere skal dokumenteres i EPJ

Hvis et nyt tiltag er en SKAL opgave og Afd. spl. kan mærke modstand, vælger hun at gennemføre opgaven, selvom der opstår brok. Dette er fordi opgaven er en SKAL opgave oppefra og skal håndteres, om de sundhedsprofessionelle vil det eller ej.

Hun styrer sit afsnit gennem sine nøglepersoner, som hun refererer til som ildsjæle. Nøglepersonernes primære opgave er bl.a. at udvikle, undervise, håndtere problemstillinger indenfor deres forskellige områder. Ved implementering af nye tiltag i afsnittet giver Afd. spl. ansvaret videre til de ansvarlige nøglepersoner. De viderebringer viden til alle slutbrugerne gennem en kaskademodellen¹⁰, som AUH anvender ofte.

Afd. spl. oplever, at der er dårlig netdækning i bygningen og at der således ikke så ofte dokumenteres på stuen med patienten af samme grund. Afd. spl. dokumenterer dog selv sammen med patienten ved indlæggelse, for at være sikker på at de data der er i patientens journal er korrekte.

Afd. Spl. giver udtryk for at det er en homogen gruppe og der er lidt udskiftning blandt personalet og at personalet vil hinanden.

Afsnittets arbejdsgange bærer præg af deres huskeseddel, som bliver nævnt som "ekstra ram". Denne huskeseddel anvender alle de sundhedsprofessionelle i afsnittet og kan ikke undvære denne. De sundhedsprofessionelle anvender kontoret mellem kl 13-14 hvor de dokumenterer dagens observationer mm, samt anvender huskesedler som de har anvendt i vagtens længde.

5.2.4 Resume af fokusgruppeinterview med sygeplejersker

Interviewet foregår i afsnittes kaffestue.

Til interviewet deltager alle de sygeplejersker (7 i alt) der er på arbejde den dag, foruden én interviewer, og 2 observatører. Til interviewet er forberedt en interviewguide. Denne følges ikke slavisk, men fungerer som støtte for at sikre at interviewet kommer omkring alle de planlagte emner.

Der er en god stemning blandt sygeplejerskerne – til tider en indforstået samhørighedsstemning. Alle bidrager i varierende grad til samtalen. Enkelte af deltagerne kan godt gå ind på ideen om at dokumentere sammen med patienten, andre melder klart fra, men efter hver gang at der er blevet givet udtryk for en holdning som stikker lidt ud fra fællesskabets, så opblødes holdningen en smule, og der bakkedes op af resten af gruppen. Der bliver i gruppen således generelt enighed, og udsagn bakkedes op af de øvrige deltagere. Interviewet provokerer ikke egentlige diskussioner i gruppen. Gruppen betegner sig selv som meget åben overfor nye tiltag.

Sygeplejerskerne i afsnittet dokumenterer for at sikre kontinuitet i plejen, samt kommunikation til kollegaer, og for at sikre sig i tilfælde af klagesager. De medtænker ikke patienten som en der evt.

¹⁰ Projektgruppens definition af kaskademodel. Grundtanken er at viden spredes ned igennem organisationen som en telefonkæde.

skal læse dokumentationen, og er i tvivl om patienten overhovedet har adgang til at se det skrevne. Er enige om at patienten ikke er interesseret i sygeplejerskens dokumentation, da han ikke vil vide hvad der skrives, og vil finde det for omfattende, og opfatte lægens journalnotater mere relevant. Medicinen dokumenteres for det meste tidstro, og ofte dokumenteres vital værdier om morgenen så de findes i EPJ til stuegang, men størsteparten af dokumentationen foregår i tidsrummet 13-14. Håndskrevne noter benyttes til at fastholde vigtige informationer, ofte ved brug af streger og symboler.

Der er erfaring med at patienter som har fulgt med i eget forløb har et højere egenomsorgsniveau. Alligevel ser de ikke grund til at inddrage patienten i dokumentationen, og mener ikke, at det er patientens behov. Sygeplejerskerne finder det generelt ikke muligt at dokumentere sammen med patienten. Dels pga. tekniske problemer med dårligt netværk og hygiejne, dels ser de PC'en som en barriere for den gode samtale. Holdningen er at en vil flytte fokus fordi sygeplejersken vil fordybe sig i hvad der står på skærmen, samt koncentrere sig om at skrive – og dermed skabe distance til patienten. De mener ikke, at patienten kan have gavn af at se på skærmen samtidig, og at det under alle omstændigheder ville være for tidskrævende, hvis man skulle drøfte med patienten, hvad der dokumenteres. Desuden er holdningen, at dette ville medføre brud på fortrolighed og tavshedspligt, hvis det skulle foregå på sengestuen. Dette til trods for at samtaler som fx stuegang, netop finder sted på stuerne. Har patienten brug for at se noget på skrift er der i afsnittet en rutine med at kopiere/ skrive af fra EPJ til et Word dokument, som så printes, og udleveres og gennemgås med patienten.

Ovenfor er resume af observationsstudiet, samt af de to interviews blevet præsenteret.

Empirien vil herefter blive analyseret i ramme af Müllers teknologibegreb. Der vil blive lavet en samlet analyse af de to interviews og af observationsstudiet, som et samlet indblik i afsnittet. Dette sker med henblik på afdækning af, hvorledes sygeplejersken er i samspil med patienten nu i forhold til dokumentation.

6.0 Analyse af Teknologi: Patienten og sygeplejersken i samspil ved dokumentation

Analysen, der følger nedenfor, skal afdække hvordan sygeplejerskerne dokumenterer i sengeafsnittet nu, herunder hvordan sygeplejersken er i samspil med patienten under denne proces. Der vil blive analyseret indenfor de fire elementer som er medtaget i Müllers teknologibegreb (Remmen, et al., 1990); Teknik, organisation, viden og produkt. Der vil ikke være en egentlig præsentation af teknologibegrebet her, da analysen udelukkende benyttes til at forstå de nuværende arbejds gange i sengeafsnittet.

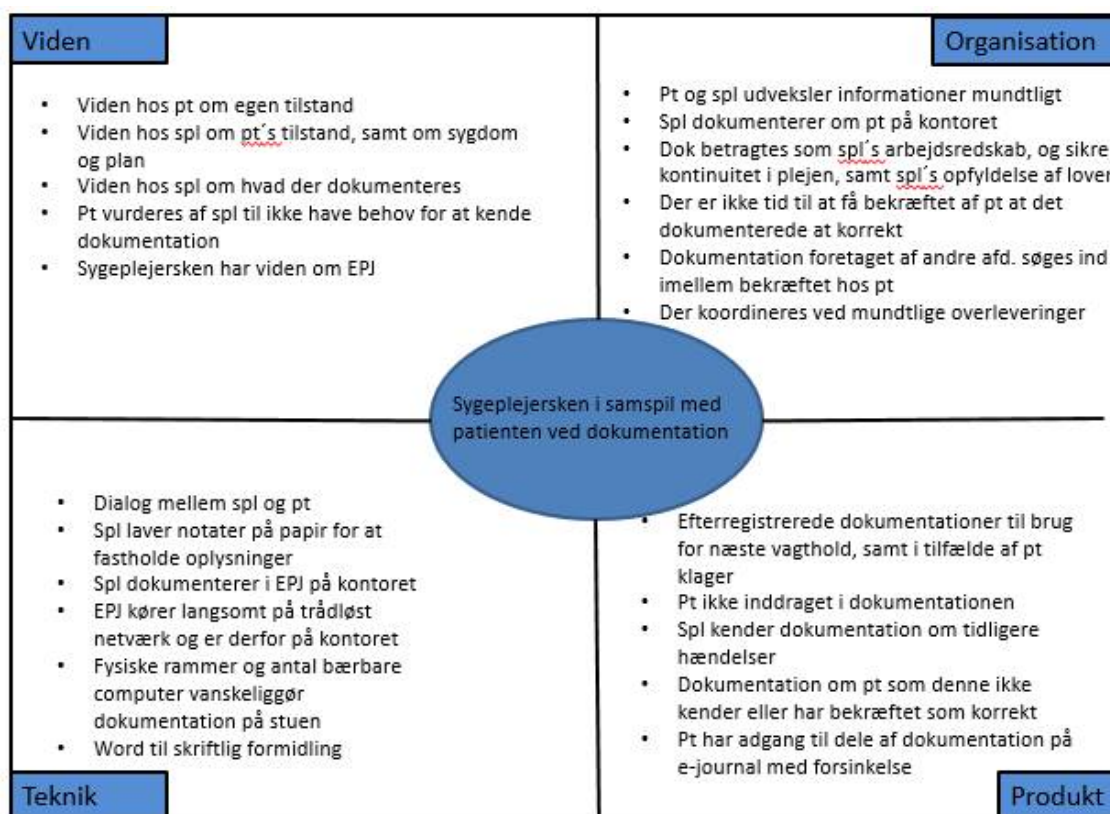
En egentlig analyse af empirien i forhold til den problemformulering der følger senere i denne del af rapporten vil foregå ud fra præsenteret teori. Målet med denne teknologianalyse er at afdække nuværende forhold, således at projektgruppen bliver i stand til at udforme en problemformulering målrettet dette sengeafsnit. Teknologianalysen betragtes derfor som en del af problemanalysen.

Først præsenteres teknologianalysen samlet i teknologibegrebsrammen, og efterfølgende uddybes analysen inden for de enkelte elementer.

Teknologianalysen nedenfor, viser hvordan den teknologi der samlet betegnes 'sygeplejersken i samspil med patienten ved dokumentation' fungerer i afdelingen nu. Med teknologien 'sygeplejersken i samspil med patienten ved dokumentation', menes i dette projekt, hvordan sygeplejersken interagerer med patienten omkring dokumentationen.

Det 5. element den handlende aktør, er i analysen 'Sygeplejersken der dokumenterer'. Analysen er lavet ud fra en syntese af empiri fra observationsstudiet, samt de to interviews. Analysen skal give projektgruppen et billede af, hvordan der arbejdes med teknologien i afdelingen nu, og hvilke justeringer der skal til for at teknologien kan komme til at fungere. Det var på forhånd projektgruppens antagelse, at der ikke blev dokumenteret sammen med patienten i afdelingen.

Teknologianalysen viser hvordan den teknologi der samlet betegnes 'sygeplejersken i samspil med patienten ved dokumentation' fungerer i afdelingen nu. Analysen er lavet ud fra en syntese af empiri fra observationsstudiet, samt de to interview. Resultatet af analysen fremgår af figur 3.



Figur 3 Teknologianalysen viser hvordan den teknologi der samlet betegnes 'sygeplejersken i samspil med patienten ved dokumentation' fungerer i afdelingen nu. Analysen er lavet ud fra en syntese af empiri fra observationsstudiet, samt de to interview. (Egen figur)

Nedenfor vil analysen af de fire delelementer blive gennemgået.

6.1.1 Teknik

I dette afsnit foretages analyse af empirien for elementet "Teknik" i Teknologibegrebet.

Dataindsamlingen foregår i en dialog mellem patient og sygeplejerske på afdelingen. Det er sygeplejersken der sætter dagsordenen.

"Og den systematik kan man jo enten printe ud og snakke med patienten om og hvis de er ligesom vænnet til det allerede ved indlæggelsen så virker det jo helt naturligt" (Afd. spl.)

"Så for mit eget vedkommende, når jeg holder en samtale med en elektiv patient, så kommer jeg rundt omkring alle søgeordene, og så skriver jeg dem ned på min papirudgave og så går jeg ind i systemet bagefter og laver min ankomststatus og de andre, sfiér¹¹ og udfylder dem" (Fokusgruppeinterview)

Patienten kan også bringe emner op, men da sygeplejersken ikke har sin journal hos sig, er det ikke altid at der kan gives svar på patientens spørgsmål straks, hvis dette forudsætter et opslag i journalen.

"Patienten får målt vitalværdier og spørger til svar på sin blodprøve. Sygeplejersken tjekker sin huskeseddel og giver patienten svar. Patienten klager herefter sin nød over mave- tarmfunktionen. Vil gerne have noget medicin for det. Sygeplejersken kan ikke svare umiddelbart da hun først skal tjekke om han i forvejen får noget for det." (Observationsstudie)

Ovenstående case beskriver samtidig, at de informationer der bringes videre ikke kommer direkte fra det dokumenterede, men fra en håndskreven note.

For at huske de mange informationer sygeplejersken indsamler gennem sit arbejde på stuen har hun en 'huskeseddel'.

"Nej det er sådan set bare nogle ekstra RAM til den enkeltes hjerne. Og det har ikke noget med dokumentation at gøre, det er en huskeseddel" (Afd. spl.)

"Vi har da alle sammen vores små systemer" (Fokusgruppeinterview) " Små noter og sådan husker" (Fokusgruppeinterview)

"Streger og sådan" (Fokusgruppeinterview)

"Streger og Røde streger og sådan" (Fokusgruppeinterview) [griner] (flere samtidig)

"Spl A er ved at forberede konference – Spl B kommer ind på konteret og overleverer mundtligt vitalværdierne for en patient. Spl A noterer dette på sin huskeseddel. Spl B siger at hun nok selv skal skrive det ind i EPJ senere. Spl C har ikke tid til at skrive sine målinger af vitalværdier på et par patienter ind i EPJ men vil gøre

¹¹ SFI er en forkortelse for "Sundhedsfagligt indhold" og benyttes i region Midtjylland for de dokumentationsskabeloner der bruges i klinisk proces modul i MidtEPJ

*det senere. Skriver dem på et stykke papir så de er klar til konference. ”
(Observationsstudie)*

”Huskedlerne lægges frem på bordet og der foregår en udveksling mellem de to involverede omkring flere patienter. Udvekslingen berører både medicin, registreringer og dokumentering senere omkring en udskrivning. Begge huskesedler bærer præg af at være overtegnet, både med kuglepen, overstregningstusch, og pile i flere retninger. ” (Observationsstudie)

”Udskrivelse af patient, dokumentere vigtige ting på huskeseddel, dokumentere mellem kl. 13-14.” (Observationsstudie)

Videns overdragelse foregår i afdelingen mellem de forskellige sundhedsprofessionelle primært mundtligt.

*”Sygeplejersken fortæller lægen – ud fra sin huskeseddel om patientens status – gentagelse samt uddybning fra konferencen. De ser sammen i EPJ – benytter graf til overblik over udvikling af vitalværdier. Ser på blodprøvesvar og medicinoversigt, afhængig af patientens status. De lægger sammen en plan for hvad der skal ske med patienten. Lægen overdrager mundtligt til sygeplejersken. Spl noterer på sin huskeseddel. I forbindelse med visse patienter dikterer lægen straks”
(Observationsstudie)*

Huskedellen udgør et væsentligt omdrejningspunkt for sygeplejerskerne i afdelingen. Sedlen indeholder observationer som hun selv har gjort sig, og informationer som er videregivet fra kollega. Dette kan fx dreje sig om observationer som skal benyttes ved forestående stuegang eller konference med lægerne, men som endnu ikke er dokumenteret i EPJ. Herved træffes beslutninger ved stuegang på basis af mundtligt overdragede informationer mellem en eller flere personer. Der kan være risiko for at tage fejl af hvilken patient der er tale om eller at det er de forkerte værdier der vurderes ud fra, når der ikke benyttes enstrenget dokumentation.

Der benyttes håndskrevne noter til at fastholde informationer som enten skal fra patienten til EPJ, eller fra EPJ til patienten. Ved hvert led af dataoverførsel er der risiko for fejl, lige som den mundtlige overlevering kan indeholde en fortolkning af det genfortalte.

For at hjælpe patienterne med at skabe et overblik over de mange mundtlige informationer de får, har sygeplejerskerne en praksis med at kopiere notater fra EPJ over i et Word dokument.

*”Sygeplejersken er i gang med at skrive vigtige informationer ned til patienten til en udskrivningssamtale i et Word dokument til senere udlevering til patienten. ”
(Observationsstudie)*

"Jeg gør nogen gange det med de patienter – enten de selv giver udtryk for det eller hvor jeg kan se på dem at det er for mange informationer at huske uden at have noget på skrift så opretter jeg et Word dokument og skriver deres aftaler ned på det og giver det til patienterne" (Observationsstudie)

Selve dokumentationen i EPJ er indlagt i afdelingens rutine til at foregå mellem kl 13 og 14, hvor der er middagshvil for patienterne. Derudover dokumenteres der også løbende i EPJ.

"Og så er det tit over middag at vi så får skrevet det hele vi får oplevet i løbet af vores vagt, det foregår lidt på sammen måde om aftenen, der skriver vi også til sidste." (Fokusgruppeinterview) "... så samler tingene" (Fokusgruppeinterview)

"Ja medicinen er tidstro syntes jeg i hvert fald mere eller mindre. " (Fokusgruppeinterview) "Ja" (flere samtidigt) [..]"...og TOKS'en er også for det meste" (Fokusgruppeinterview). "Ja for det meste ja" (flere samtidigt).

Der er dårlig trådløs netdækning i afdelingen, hvilket betyder at der i blandt afdelingens personale er en klar opfattelse af, at EPJ kører for langsomt til at det er muligt at dokumentere på stuen. Dette gør det vanskeligt for personalet at dokumentere tidstro og i samspil med patienten. Afdelingen er indrettet med små tosengsstuer, hvor der ikke er plads til meget ekstra udstyr. Samtidig påpeger sygeplejegruppen at der er for få PC'er til at det praktisk kan lade sig gøre.

"altså en ting er det IT- mæssige, hvor vi har rigtig dårlig dækning, på, rundt på afdelingen. Så det kunne være en hindring for at man rent faktisk kunne gøre det. " (Afd. spl.)

"Hvis vi en dag fik nogle computere der fungerede noget bedre, så kunne det også godt være at vi var noget mere villige – det er simpelthen langsommelighed der skyld i det – vi når ingenting" (Fokusgruppeinterview) [..] " Ja og hvis vi havde computere nok – for det skal der jo også være for at det kunne fungere..." (Fokusgruppeinterview)

"På stuen er to patientsenge. To sygeplejersker er på stuen i gang med hhv. måling af vitalværdier og medicingivning. Spl A som administrerer medicin har dette med i en 'kapsel'. Spl B som måler værdier har sit udstyr med på et rullebord og benytter en stol til lægge tingene fra sig. Laborant kommer ind på stuen og skal til patienten ved vinduet – de to rulleborde kan ikke umiddelbart passere hinanden. " (Observationsstudie)

Ovenfor er foretaget en analyse af empirien for elementet "Teknik" i Teknologibegrebet. Resultatet af analysen fremgår af figur 3 på side 28.

6.1.2 Organisation

I dette afsnit foretages analyse af empirien for elementet "Organisation" i Teknologibegrebet.

En stor del af koordinationen i afdelingen foregår ved mundtlige overleveringer. Personalet ses flere gange i løbet af formiddagen at holde små konferencer. Det gøres for hele tiden at holde hinanden opdateret på patientens tilstand. Det blev observeret i afdelingen, at der på den ene langside i kontoret var monteret storskærme til Klinisk Logistik tavler. Disse blev dog ikke benyttet, tidstro, men blev angiveligt opdateret på et eller andet tidspunkt.

"Vi er tidligere blevet fortalt at konferencen tager udgangspunkt i og foregår omkring Klinisk Logistik Tavlerne. Der er under konferencen ingen der ser på tavlerne – en del af deltagerne står med ryggen til disse tavler, eller med en afstand, så det ikke er muligt for dem at læse på tavlerne. " (Observationsstudie)

En stor del af koordinationsarbejdet foregår omkring Huskesedlerne, hvor der udveksles informationer om patienterne. Det betyder at informationer ligger på disse sedler eller i sygeplejerskens hoved indtil der dokumenteres sidst på vagten.

"Huskesedlerne lægges frem på bordet og der foregår en udveksling mellem de to involverede omkring flere patienter. Udvekslingen berører både medicin, registreringer og dokumentering senere omkring en udskrivning. " (Observationsstudie)

" ...det er fordi vi arbejder lidt i grupper.[...] ...og så hvor langt er vi kommet, hvad vi mangler og hvad der lige er kommer til.." (Fokusgruppeinterview)

Dokumentation foretages af sygeplejersken for at sikre kontinuitet i plejen. Der dokumenteres fordi der står i autorisationsloven at sygeplejersker skal, og samtidig for at 'holde ryggen fri', i tilfælde af klagesager. Dokumentationen skal synliggøre sygeplejen.

"Ja, men det vi dokumentere er vores sygeplejefaglige ydelser til patienterne og vi dokumenterer fordi der i lov om sygepleje skal man dokumentere og registrere observationer. [...] ".. hvis man lægger al dokumentationen ud til at det skal være sammen med patienten, det er at vi kan give køb på noget faglighed fordi hvis jeg skriver eller dokumenterer til en kollega et andet sted, så vil jeg typisk benytte nogle fagtermer som er forstået af alle som har den samme uddannelse som mig. " (Afd. spl.)

"...Give kontinuitet i plejen." (Fokusgruppeinterview)

" ...Det er et lovmæssigt krav." (Fokusgruppeinterview) "

" ...Videregive oplysninger[...]Til kollegerne." (Fokusgruppeinterview)

" ...I yderste instans kan det også være til andre..." (Fokusgruppeinterview)

"...Hvis der sker nogle uventet ting ikk, nogle pårørende eller patienter der ønsker at se journalen." (Fokusgruppeinterview) "...så i princippet for at holde din ryg fri." (Fokusgruppeinterview) "Ja" (flere samtidigt)

Der dokumenteres defensivt i den forstand, at der dokumenteres for at sikre sig selv og hinanden. Som beskrevet ovenfor efterregistreres der - dokumentationen bliver således en form for sygeplejerskens resume af det hændte.

"det som man kan se nu af dokumentationen, det er, at den er meget bagudrettet, vi vil gerne at den bliver mere fremadrettet" (Afd. spl)

"Ulempen er at dokumentationen har tendens til at være bagudrettet og nu har vi øvet os i flere år på ikke at lave dobbeltdokumentation og det øver vi os stadigvæk på og der skal hele tiden være opmærksomhedspunkter, at når tingene står et sted, så behøver vi ikke at skulle skrive det igen. " (Afd. spl.)

"Nej. Altså det handler rigtig meget om vaner og kulturer. Fordi sygeplejer er sådan, de vil så gerne dokumentere at de har været der. Men vi prøver at sige, at hvis ikke der er sket noget nyt og hvis ikke der er nogle ændringer, så skal vi ikke skrive noget. "[...] " Det kan vi ikke lave systemer efter, det handler om noget andet. Det er den der kultur og vaneændringer. Mod til også ... "Vi ved godt du har været her, selvom du ikke lige har skrevet at patienten har sovet godt" (Afd. spl.)

"frustrerende at skrive ned på sin seddel for til sidst på sin vagt at skal skrive 10 blodtryksmålninger og sat målninger ind og så videre og du skal til at dokumentere bagudrettet. " (Fokusgruppeinterview)

Patienten inddrages ikke i hvad der dokumenteres da dette ville være for tidskrævende. Dette forklares dels med den ringe teknik, dels med at det ville være tidkrævende da situationen ville udvikle sig til en samtale med patienten.

"Jeg kan godt se det, så tager det 3 timer at dokumentere hos patienterne. " (Fokusgruppeinterview) [griner flere samtidigt]

"Det bliver en samtale" (Fokusgruppeinterview)

Om at få bekræftet af patienten at det var rigtigt forstået, det der er skrevet ned:

"Nej det tror jeg aldrig jeg har gjort.....det ved jeg ikke om I andre har prøvet?" (Fokusgruppeinterview)

"Nej jeg synes også det virker til at være helt dobbelt...altså sådan....." (Fokusgruppeinterview)

"Det er der bare ikke tid til alt det her..." (Fokusgruppeinterview) "Nej" (Fokusgruppeinterview)

"Gennemgang af journal, ordination af medicin pga. oplysninger i journalen. Efterfølgende tilses patienten, som oplyses om, at der nu er ordineret medicin pga. et stort alkoholforbrug, som lægen har læst om i journalen. Patienten giver udtryk for, at der aldrig har været tale om et misbrug og syntes, at det er rigtig ærgerligt at det står i journalen. Lægen ender med at fjerne ordinationen igen, men der gøres ikke rigtig noget for at fjerne de urigtige oplysninger i journalen." (Observationsstudie)

Benytter sygeplejersken dokumentation foretaget tidligere, bruger hun tid på at få bekræftet at oplysningerne er korrekte.

"Nej jeg kan nærmere tage den faktisk inden. Altså sige: jeg har læst det her omkring det her og så spørger jeg lidt ind til og siger, er det rigtigt forstået at det der står i journalen omkring det her ...altså sådan fx" (Fokusgruppeinterview) "

"Ja eller også får man den afklaret mens man sidder med patienten, altså hvis man er i tvivl – forstår jeg det rigtigt på den her måde – får ligesom skrevet det ned sådan som det skal forstås" (Fokusgruppeinterview)

Ovenfor er foretaget en analyse af empirien for elementet "Organisation" i Teknologibegrebet. Resultatet af analysen fremgår af figur 3 på side 28.

6.1.3 Viden

I dette afsnit foretages analyse af empirien for elementet "Viden" i Teknologibegrebet.

Patienten har viden om egen sygdom. De patienter som har fulgt med i eget – og hyppigst ved lange forløb, synes at have højere egenomsorg.

"altså jeg syntes tit deres egen omsorg er bedre hvis de har en god indsigt i tingene" (Fokusgruppeinterview)

"det er tit dem der har haft et langt behandlingsforløb der er rigtig interesseret i at blive opdateret omkring det sidste nye syntes jeg. Sidste nye.[...] Ja så de selv har hånd i hanke med hvad de har været igennem og hvornår og hvilket år var det lige nu de var til den undersøgelse og eller hvor var de sidste måned og sådan noget." (Fokusgruppeinterview)

" ...Og hvad gør jeg, måske os i det hele taget egentligt for at hjælpe mig selv!" (Fokusgruppeinterview)

Sygeplejersken vurderer hvem der skal have viden omkring e-journal, samt den dokumentation der ligger der.

"... vi opfordrer dem oftere til at søge deres journal på sundhed.dk eller borger.dk.[...]...ja hvis de spørger [...]...det er ikke sådan at jeg siger det til alle [...] ...jeg tænker altså mange ved det i forvejen. (Fokusgruppeinterview) "...det har vel

noget at gøre med hvor meget man er inde i systemet og i sit sygeforløb og hvor interesseret man er i selv at få styr på tingene." (Fokusgruppeinterview) "...og om man har nogle pårørende der måske kan hjælpe en, der kan finde det." (Fokusgruppeinterview)

Alligevel inddrager sygeplejerskerne ikke patienterne i hvad der dokumenteres. Egentligt mener gruppen ikke at patienterne hverken har behov for eller bør se hvad sygeplejerskerne skriver. Dette at to årsager – de er ikke interesserede i sygeplejenotater som er meget omfattende– det er lægens notater der må have interesse for patienterne. Derudover ønsker de ikke at patienterne skal se det. I samtalen kommer det frem at de mener at det kun er lægens notater der ses på e-journal

"...og det er også det vi gerne vil." (Fokusgruppeinterview) " Ja... men derfor skal det hele tiden være sobert det vi skriver synes jeg." (Fokusgruppeinterview)

Sygeplejerskerne mener ikke at patienterne har behov for at vide hvad de dokumenterer.

"...men som [spl N] siger så det er med udgangspunkt så er det faktisk lægejournalen vi udskriver der, da det er den de finder mest relevant der." [...] " for ellers kan det nogle gange blive 150 sider de skal ha', hvis de skal have sygeplejejournalen med også." (Fokusgruppeinterview)

"og jeg er heller ikke sikker på at det er patientens behov og nødvendigvis vide hvad det er vi skriver. Jeg tror mere at de vurderer om de føler at vi har styr på tingene og at vi er imødekommende og at de kan være trygge her" (Fokusgruppeinterview)

"Ja - om vi ved hvor de kan parkere henne når deres pårørende kommeraltså sådan nogle ting der skal være på plads"(Fokusgruppeinterview)

"Ja der er andre ting der er behov for end at være ind over hvad skriver de nu om mig...." (Fokusgruppeinterview)

"Jeg tror heller ikke der er ret mange der tænker over det - hvad vi skriver om dem" (Fokusgruppeinterview)

Afd. spl. mener heller ikke at den form for inddragelse af patienten ville højne kvaliteten:

"Det vil jeg ikke nødvendigvis sige at det vil øge kvaliteten, men det tror jeg da godt man kunne hvis man ville" (Afd. spl.)

Ovenfor er foretaget en analyse af empirien for elementet "Viden" i Teknologibegrebet. Resultatet af analysen fremgår af figur 3 på side 28.

6.1.4 Produkt

I dette afsnit foretages analyse af empirien for elementet "Produkt" i Teknologibegrebet.

Som følge af forholdene beskrevet ovenfor, er det produkt der eksisterer i afdelingen i forhold til teknologien 'sygeplejersken i samspil med patienten ved dokumentation', at det er sygeplejersken der dokumenterer ved efterdokumentation, uden inddragelse af patienten. Det forbliver sygeplejerskens viden om hvad der er dokumenteret, og der er således ikke mulighed for at patienten og sygeplejerske sammen kan korrigere ved misforståelser gensidigt. Patienten kan efter udskrivelsen lave opslag i e-journal, hvis der er behov for det. Han vil her kunne læse lægenotater. Der koordineres i stor stil med mundtlige overdragelser, og vigtige oplysninger fastholdes på papir indtil de dokumenteres i EPJ før vagtskifte, således at de kan medvirke til at sikre kontinuitet i plejen. Viden om patientens tilstand oparbejdet i løbet af dagen eksisterer således på papir og i hukommelsen, og er ikke tilgængelige for andre.

Ovenfor er foretaget en analyse af empirien for elementet "Produkt" i Teknologibegrebet. Resultatet af analysen fremgår af figur 3 på side 28.

Nedenfor følger en samlet opsamling på analyse teknologien Patienten og sygeplejersken i samspil omkring dokumentation

6.2 Opsamling på analyse af teknologien "Patienten og sygeplejersken i samspil omkring dokumentation"

I dette afsnit laves en opsamling på analysen af teknologien "Patienten og sygeplejersken i samspil omkring dokumentation", foretaget i rammen af Müllers teknologibegreb ovenfor. Først beskrives kort hvordan beslutningen om implementeringen af EPJ på sengeafsnittet er truffet, og derefter følger opsamlingen på analysen.

EPJ blev taget i brug på afdelingen marts 2012. Dette har været en beslutning truffet på overordnet niveau. Beslutning om valg af system er truffet af regionsrådet i region Midtjylland. Beslutning om tidspunkt for 'udrulning' på AUH samlet, er truffet på hospitalsledelsesniveau på tværs af regionens hospitaler i samråd med regionens IT-afdeling. Beslutning om tidspunkt for 'udrulning' på afdelingen er truffet blandt hospitalets ledere. Det har været lagt ud til den enkelte afdeling, at beslutte hvordan EPJ skulle anvendes og implementeres i afdelingen.

Afd. spl. fortæller

"...Vi har rigtig mange SKAL ting, det er jo sådan rammerne der kommer oppefra. Og så er der nogen KAN ting og så er der nogle Vil ting og der er De fleste kender

rammen, hvad er det vi kan eksperimentere med inden for den her kan ramme." (Afd. spl.)

Det tyder på at der i forbindelse med implementering af EPJ, har været tale om det Afd. spl omtaler som en SKAL-opgave, idet dette har været en opgave hvor rammer, i form af IT-system (EPJ) og tidspunkt, er kommet oppe fra i systemet. Under disse rammer har det været op til afsnittet selv, at designe implementeringen i afsnittet.

Af analysen ovenfor ses det at der ikke foregår et egentligt samspil mellem sygeplejerske og patient omkring dokumentationen. Dette konkluderes, da dokumentationen foregår på kontoret, som efterdokumentation på baggrund af hukommelse og håndskrevne noter, samt at sygeplejerskerne betragter dokumentationen som kommunikation mellem sundhedsprofessionelle, og ikke af relevans for patienten. Det ses at viden om patientens tilstand findes hos henholdsvis patienten og sygeplejersken, men at denne viden ikke er koordineret i forbindelse med dokumentationen. Der kan således eksistere viden, begge steder som ikke er delt. Efterdokumentationen betyder endvidere at der findes viden hos sygeplejersken som ikke findes andre steder før den er dokumenteret. Patienten er ikke inddraget i dokumentationen, og arbejdsgangene indbefatter ikke tidstro dokumentation. Der er ikke samspil mellem sygeplejerske og patient ved dokumentationen i afsnittet, og arbejdsgangene afdækket under "Teknik", lægger ikke op til dette.

Efter analysen på teknologien "Sygeplejersken i samspil med patienten ve dokumentationen", følger nedenfor en sammenfatning på analysen af det samlede problemfelt.

7.0 Sammenfatning på analyse af problemfeltet

Besøget i afsnittet og analysen heraf, har tydeliggjort for projektgruppen at EPJ er taget i brug, men at dette ikke har betydet at arbejdsgange i perioden siden opstarten har tilpasset sig, så fordelene ved et elektronisk systems mulighed for at tilvejebringe tidstro og enstrenget dokumentation, udnyttes. Ud fra den indsamlede empiri ser det ud til, at den dårlige netdækning betyder at muligheden for at have data med sig på stuen dermed er blevet ringere efter introduktionen af EPJ i sengeafsnittet.

Kulturen i afdelingen bærer præg af, at sygeplejerskerne antager at patienterne *ikke* er interesserede i at blive inddraget i dokumentationen, eller have indblik i sygeplejerskernes dokumentation. Afdelingssygeplejersken giver ligeledes udtryk for, at det at patienten inddrages i dokumentationen ikke vil højne kvaliteten. Dette på trods af, at der er sygeplejersker i afdelingen som synes at have observeret, at patienter som følger med i eget forløb har bedre egenomsorg.

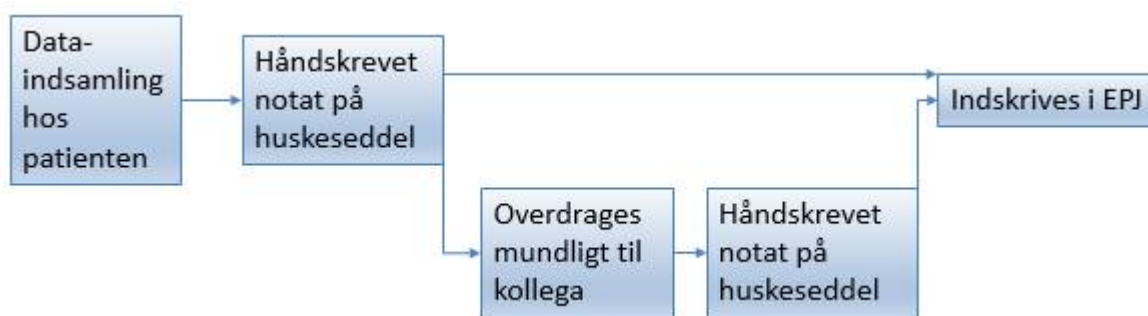
Afdelingens fysiske indretning og it-udstyr, herunder netdækning, lægger ikke umiddelbart op til at der kan dokumenteres sammen med patienten på stuen. Afdelingen er udstyret med mange stationære PC og få bærbare PC'er af større model.

De arbejdsgange der eksisterer i afdelingen, synes ikke at være påvirket af, at der er introduceret elektroniske arbejdsredskaber. Det vigtigste arbejdsredskab synes fortsat at være papir huskesedlen. Alle – inklusiv de læger der kom i afdelingen – bruger denne papirseddel som omdrejningspunkt, både til at skabe sig overblik over afdelingens patienter, men også over de enkelte patienters aktuelle status. De elektroniske redskaber som EPJ og Klinisk logisk tavle bliver opdateret sidst på vagten, og kunne derfor ikke betragtes som pålidelige hvis der søgtes aktuelle og opdaterede oplysninger.

Ud fra den indsamlede empiri står det klart, hvorledes data flowet foregår i afdelingen. Nedenstående 2 figurer illustrerer hvorledes projektgruppen ser Informations flowet i afdelingen, for henholdsvis informationers vej fra patienten til EPJ, og modsat.

Det ses af figur 4 og 5 herunder, at der i afsnittet altid er mindst ét mellemlid, i informationers vej fra patient til EPJ eller den modsatte vej. Patienten oplyser sygeplejersken om noget som skal dokumenteres i EPJ. For at fastholde informationen indtil den noteres i EPJ, benytter sygeplejersken sin huskeseddel til at notere på med ord, symboler, streger eller lignende. Figur 5 illustrere den omvendte vej – hvor sygeplejersken i EPJ søger information som skal viderebringe til patienten. Hun vil ligeledes benytte sin huskeseddel til at fastholde denne information indtil hun skal overdrage den mundtligt til patienten. Alternativt vil hun kopiere tekst fra EPJ til et Word dokument, som hun vil printe og udlevere til patienten.

En tredje vej for at informationerne kommer fra EPJ til patienten er, at patienten kan lave et opslag i E-journal, og med 14 dages forsinkelse læse udvalgte notater fra indlæggelsen. Denne mulighed anser sygeplejerskerne i sengeafsnittet selv som værende forbeholdt de patienter der har ressourcer til at gøre dette.



Figur 4 Informations flow fra patient til EPJ. Sygeplejersken indhenter observationer hos patienten, noterer disse observationer på sin huskeseddel. Derfra overfører hun observationerne til EPJ. Alternativt overdrager hun mundtligt observationen til en kollega, som noterer dette på sin huskeseddel og derfra overfører til EPJ. (Egen figur)



Figur 5 Informationsflow fra EPJ til pt. Dokumentation om patienten findes i EPJ. Der er tre veje informationerne kan flyde til patienten. a) Sygeplejersken noter håndskrevne notater på huskesedlen, og overdrager disse mundtligt til patienten. b) Sygeplejersken kopierer noget tekst fra EPJ til Worddokument, som hun udleverer og gennemgår med patienten. c) Den ressourcestærke patient kan lave opslag i e-journal efter hjemkomst. (Egen figur)

Det står herefter klart for projektgruppen, at der ikke som forventet arbejdes med EPJ som et elektronisk arbejdsredskab, med facilitering af tidstro data og mulighed for effektivisering af arbejdsgange. Dette var ellers udgangspunktet for at nå projektets oprindelige mål: at facilitere at sengeafsnittets personale kunne tage skridtet videre til at dokumentere sammen med patienten, og på den måde arbejde aktivt med inddragelse af patienten i eget forløb.

Med udgangspunkt i problemanalysen ser projektgruppen herefter en ny problemstilling i behovet for at motivere de sundhedsprofessionelle til at ændre deres arbejdsvaner og kultur, før de kan inddrage patienten i dokumentationen.

Af ovenstående fremgår det, at sengeafsnittet ikke anvender EPJ som et elektronisk medie, men tilsyneladende blot har udskiftet de tidligere papirarbejdsgange med tilsvarende arbejdsgange omkring EPJ. Implementeringen af EPJ har øjensynligt ikke, som forventet ændret på de organisatoriske forhold i sengeafsnittet – men blot introduceret en anden teknologi som erstatning for 'Papir'.

Hvis strategierne om yderligere understøttelse af arbejdsgange ved brug af IT, skal implementeres i fremtiden på sengeafsnittet, skal der derfor arbejdes med efterimplementering af EPJ på et andet niveau end der har været gjort ved den proces Sundheds-it-afdelingen på AUH gennemførte i 2012-14. (E-Sundhedsobservatorium, 2014) Denne proces havde fokus på efterimplementering af den tekniske implementering som blev fortaget ved ibrugtagning af systemet. Der er behov for at arbejde med forandring på det organisatoriske niveau for at løfte brugen af EPJ til et andet stadie end det er nu, således at målet om effektivisering ved brug af IT kan indfries.

I dette projekt vælges at fortsætte med "inddragelse af patienten ved dokumentation", som den case der skal motivere afsnittet til at arbejde med EPJ som et mobilt og 'samtidigt' medie, med facilitering af tidstro data og mulighed for effektivisering af arbejdsgange

På baggrund af ovenstående problemanalyse, er projektgruppen nu i stand til at foretage en endelig problemformulering for projektet. Denne beskrives i næste afsnit.

8.0 Problemformulering

Problemanalysen viste at sengeafsnittet ikke havde taget EPJ i brug som et mobilt elektronisk og 'samtidigt' medie, med facilitering af tidstro data og mulighed for effektivisering af arbejdsgange. Det tyder på at man blot har udskiftet de tidligere papirjournaler med EPJ, uden at foretage ændringer i arbejdsgangene. For at kunne arbejde videre med strategier som bygger videre på at arbejdsgangene er tilpasset brug af elektronisk redskab, må der derfor arbejdes på at ændre disse arbejdsgange. Dette forudsætter organisatoriske forandringer.

Disse organisatoriske forandringer er mere omfattende og gennemgribende end hvad der ligger inden for dette projekts rammer. Projektgruppen vælger som følge heraf at fortsætte med "inddragelse af patienten ved dokumentation", som den case der skal motivere sengeafsnittet til på sigt at komme til at arbejde med yderligere med EPJ som et elektronisk redskab. Det er tanken at hvis sengeafsnittet kan komme i gang med at inddrage patienten ved dokumentationen, så er grundstenen lagt til yderligere udbredelse af EPJ i sengeafsnittet.

Herefter formuleres problemformuleringen.

Problemformuleringen for dette projekt:

Hvordan kan sygeplejerskerne i et kirurgisk sengeafsnit motiveres til, at implementere teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation" som første tiltag, mod senere organisatorisk forandring i forhold til anvendelse af EPJ som et elektronisk arbejdsredskab?

8.1 Afgrænsning af begreber i forhold til problemformuleringen

Det kirurgiske sengeafsnittet som projektet tager udgangspunkt i ønsker at være anonymt, derfor vil det fremafrettet blot nævnes som "et sengeafsnit".

Med organisatoriske forandringer menes i dette projekt, forandringer som berører arbejdsgange og kultur i sengeafsnittet.

Når vi benytter begrebet elektronisk arbejdsredskab, så menes der i dette projekt et mobilt medie, med facilitering af tidstro data, med mulighed for effektivisering af arbejdsgange.

I projektet er det motivation der ses som det bærende element for at kunne implementere "inddragelse af patienten ved dokumentation". Motivation bredes i projektet ud til også at

omfatte håndtering af modstand, samt læring. Disse tre begreber analyseres hver for sig i analysen, men anses i øvrigt for at være tæt sammenhængende.

8.2 Et andet udgangspunkt end forventet

Besøget i afsnittet samt analysen af teknologien viste os, at afsnittet anvender EPJ på samme måde som de benyttede papirjournal, der blev anvendt før implementeringen af EPJ. Afsættet for at introducere den nye teknologi "inddragelse af patienten ved dokumentation" var at afsnittet, havde implementeret EPJ, som et elektronisk og mobilt arbejdsredskab. Afsnittet har på nuværende tidspunkt anvendt EPJ gennem ca. 3 år, men umiddelbart er der ikke ændret på arbejdsgange i forbindelse med implementeringen af EPJ. Grundtanken med EPJ er, at der dokumenteres tidstro (Region Midtjylland, 2012) så oplysninger om patientens tilstand altid er opdateret og tilstede, hvor de skal bruges. Projektgruppens antagelse var derfor at afsnittet nu havde banet vejen for at gå videre – til at inddrage patienten ved dokumentation.

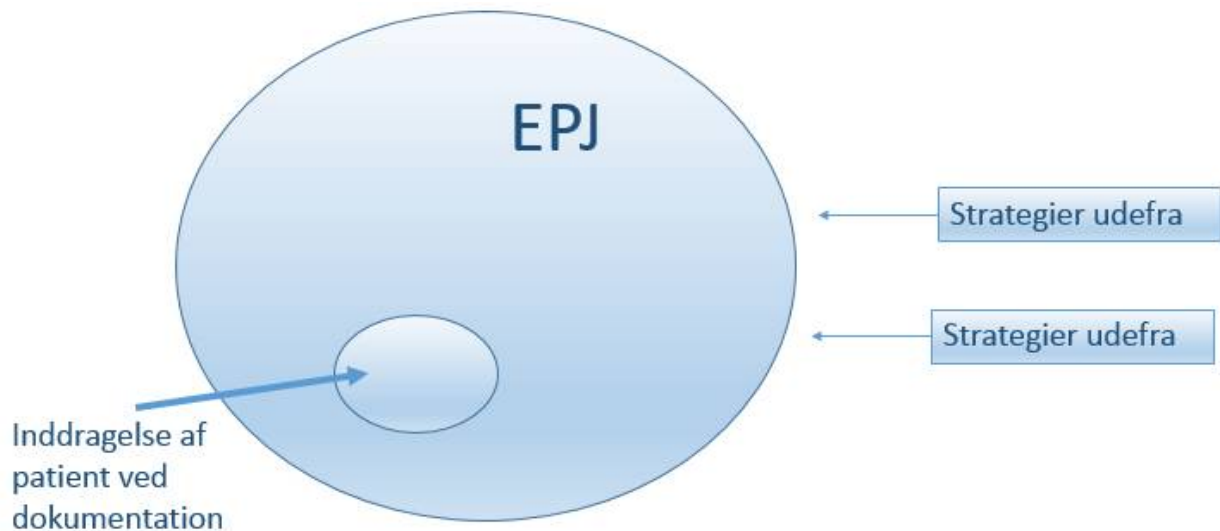
Det er ikke altid let at foretage ændringer, hvilket kræver bl.a. at projektgruppen må erkende, at der skal arbejdes med et andet fokus end først antaget. Dernæst kræver det, at projektgruppen reagerer i så god tid, at der er mulighed for at ændre fokus. Projektgruppen bliver med andre ord forandingsparat, fordi projektgruppen er indstillet på, at vejen frem kan byde på uforudsigelighed og kursændringer.

Den udfordring som projektgruppen ser, er derfor anderledes end først antaget.

De to projekter i ét

Projektgruppen ser derfor to projekter. Det første projekt er nærværende projekt, mens det andet er efterimplementering af EPJ. "Inddragelse af patienten ved dokumentation" bliver derved et lille projekt som første skridt, i det store projekt – efterimplementering af EPJ. I dette skal der også være fokus på den organisatoriske implementering, herunder gennemgang af arbejdsgange. I 2014 har der under ledelse af Sundheds IT afdelingen på AUH, været en efterimplementering, heller ikke her, blev der foretaget organisatoriske forandringer som følge af den nye teknologi.

Som nævnt bygger strategien om inddragelse af patienter ved dokumentation oven på tidligere strategier. For afsnittet betyder det, at fundamentet der bygges ovenpå er ustabil og vil føre til at udfordringerne i afsnittet vil vokse, hvis de ikke får styr på fundamentet.



Figur 6 Afsnittet står over for en større udfordring: at efterimplementere EPJ som et elektronisk mobilt arbejdsredskab, idet strategier udefra, på flere niveauer, vil forudsætte dette. "Inddragelse af patienten ved dokumentation" bliver derved et lille projekt som første skridt, i det store projekt. (Egen figur)

Figuren på side 23 illustrerede hvordan EPJ-organisationen refererer til sin helt egen organisatoriske ledelse, med selvstændige mål. Denne IT organisation tager sig af forhold omkring EPJ, men har ikke beføjelser til at forandre i de respektive afsnit. Dette hører under afdelingsledelsen, som bærer det sundhedsfaglige ansvar.

Det kræver en nøje koordineret indsats hvis der skal forandres på tværs af de to ledelsessiloer. Koordineringen bør primært tage sit udspring i AUH's overordnede strategier, og bør på afdelingsniveau tage sit udspring i afdelingsledelsen med det sundhedsfaglige ansvar.

Det er tidligere i rapporten beskrevet at Afd. spl. benytter sig af nøglepersoner når der implementeres nyt i afsnittet. I forhold der drejer sig om EPJ, er det således EPJ nøglepersonen som bærer opgaven. Projektgruppen ser det som et meget stort projekt, med involvering af mange medarbejdere både i afsnittet, samt i hele AUH's organisation, at skulle efterimplementere EPJ, som et elektronisk mobilt arbejdsredskab.

Det leder tilbage til den oprindelige plan om implementering af, "inddragelse af patienten ved dokumentation". Umiddelbart er forudsætningerne ikke på plads, for at projektgruppen kan designe et implementeringsprojekt.

Omvendt kan den oprindelige plan om implementering af "inddragelse af patienten ved dokumentation" ses som et skidt på vejen, til at afsnittet begynder at arbejde med EPJ, som et elektronisk mobilt arbejdsredskab.

Når afsnittet begynder at inddrage patienterne ved dokumentation, vil det kræve, at PC'erne, medbringes på patientstuerne og dermed har sygeplejerskerne taget et skridt på vejen til at implementere EPJ, som det oprindeligt var tænkt.

Efter ovenstående afgrænsning i forhold til problemformuleringen, beskrives der idet følgende afsnit den metode, projektgruppen har valgt, for at undersøge hvad der skal arbejdes med i sengeafsnittet for, at motivere sygeplejerskerne til at inddrage patienterne ved dokumentation.

9.0 Metode til undersøgelse af problemformulering

Dette afsnit beskriver metode til undersøgelse af hvordan sygeplejerskerne i et sengeafsnit motiveres til, at implementere teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation", som første tiltag mod, senere organisatorisk forandring i forhold til anvendelse af EPJ som et elektronisk arbejdsredskab.

På baggrund af analysen i projektets første del blev problemformuleringen udfærdiget, og vil blive undersøgt i projektets anden del.

Efterfølgende vil vi analysere fundene fra første del af projektet, op mod forandringsteorier med henblik på at kunne udarbejde design af implementeringsstrategi, der kan anvendes til implementering af "inddragelse af patienten ved dokumentationen" i det undersøgte sengeafsnit.

Ved at inddrage teorier om forandringsledelse, som findes relevante i relation til sengeafsnittet, vil der blive udarbejdet en målrettet handleplan.

Handleplanen vil stille mod implementering af den oprindelige case - at inddrage patienten i dokumentationen. Men vil samtidig være anvisende i forhold til hvordan sengeafsnittet kan arbejde med efterimplementering af EPJ, således at man er parat til næste generation af strategier.

Deduktiv arbejdsform

Den indsamlede empiri fra første fase af projektet, vil blive analyseret i forhold til forandrings teorier. Forandring i organisationen kræver opmærksomhed på flere områder, derfor vil en kombination af de udvalgt teorier, belyse forandringsprocessen fra flere vinkler. Når teori bruges til at forklare empiri, arbejdes der deduktivt.

Der vil blive arbejdet med:

- Modstand mod forandring
- Motivation
- Læring i organisationen
- Kulturen

Ved modstand i en forandringsproces, tages der udgangspunkt i Kotter og Schlesingers, samt Jacobsens bud på mulige årsager til modstand. Med valg af disse to rammer vil der blive taget højde for faktorer hos individet og faktorer uden for individet.

Motivation er en af faktorerne der skal være fokus på, når nye tiltag iværksættes i en organisation. Til at belyse motivation, har vi valgt at tage udgangspunkt i Herzbergs 2 faktor teori, og derefter vil der blive arbejdet med oplæg til tiltag ud fra Hackman og Oldhams jobdesignteori.

Læring i organisationen er en vigtig faktor i en forandringsproces. Er organisationen ikke i stand til at lære, vil det være svært at implementere nye tiltag. Til at afdække dette område, arbejdes der med Senges femte dimension, og efterfølgende vil empirien blive analyseret i forhold til Argyris's teori om Single loop –double loop læring.

Med udgangspunkt i Scheins teori om Organisationskultur, belyses kulturen i afsnittet.

10.0 Analyse og diskussion af indsamlet empiri i forholdt til forandringsteorier

Analysen i dette projekt vil belyse hvordan sygeplejerskerne i et sengeafsnit motiveres til, at implementere teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation", som første tiltag mod, senere organisatorisk forandring i forhold til anvendelse af EPJ som et elektronisk arbejdsredskab.

Motivation kan ikke stå alene når der skal ændres på indgroede kultur og arbejdsgange, men er det bærende element i forandringen. Det må tillige arbejdes med hvordan sengeafsnittet lærer nyt når der skal udvikles, ligesom der må ses på kulturen. Afsættet for overhovedet at kunne forandre, er at eventuel modstand mod forandringen må håndteres.

Nedenfor vil empirien blive analyseret op mod relevante forandringsteorier for at gøre det muligt for projektgruppen at forstå sygeplejerskerne i sengeafsnittet og senere at kunne komme med forslag til tiltag i afsnittet.

Der vil først blive analyseret på håndtering af modstand mod forandring. Dernæst på motivation, og læring i afsnittet, og sidst vil der blive foretaget en analyse af kulturen i sengeafsnittet.

10.1 Modstand mod forandring

Nedenfor vil eventuel modstand mod implementering af "inddragelse af patienten ved dokumentation" i sengeafsnittet blive analyseret, med Kotter og Schlesingers, samt Jacobsens bud på mulige årsager til modstand ved en forandringsproces, som ramme. Med valg af disse to rammer vil der blive taget højde for faktorer hos individet og faktorer uden for individet.

Årsagerne til modstand vil blive inddelt efter tre kategorier: De der ved analysen identificeres som enten 1) eksisterende eller 2) potentielle i afsnittet, og 3) de som det ikke har været muligt at identificere, på grund af manglende empiri og dermed mulighed for analyse.

Til sidst i afsnittet vil der ud fra Kotter og Schlesingers 6 opstillede tilgange til håndtering af modstand, under inddragelse af Vestergaards "Fair proces", blive opstillet forslag til håndtering af modstand mod forandringen i sengeafsnittet.

Projektgruppens overordnede indtryk efter besøget i afdelingen var, at der herskede en vis modstand mod projektet. Der blev givet udtryk for at forandringsparathed i høj grad var tilstede i afsnittet: "*Jamen det er vi da åbne over for[...]Det er ikke noget vi siger: nej det gør vi ikke her – den bruger vi faktisk ikke - det lyder så flot, men det gør vi egentligt ikke det der*" (Fokusgruppeinterview). Samtidig blev der også argumenteret meget for, at det ikke var praktisk muligt, samt at dette ikke var i patienternes interesse.

Der er to dominerende retninger som modstanden går i:

- Modstand mod at inddrage patienten i dokumentationen
- Modstand mod at anvende PC på sengestuen.

For at få succes med implementeringen er det vigtigt at beskæftige sig med den forandringsmodstand der vil være i en organisation. Lederen må kende til årsager til forandringsmodstand for at kunne forebygge eller håndtere dem. (Kotter & Schlesinger , 2008). Der ses derfor grund til at medtænke håndtering af modstand mod at inddrage patienten i dokumentationen i dette projekt.

Modstand defineres bredt som "*forsøg på at modvirke en fysisk eller psykisk påvirkning med magt*" (Den danske ordbog, 2015)

Ved forandringsprojekter som involverer mennesker vil der opstå konflikter af mere eller mindre udtalt grad, i form af modstand mod forandringen, mellem de der ønsker forandringen og de der ikke ønsker forandringen (Jacobsen & Thorsvik, 2013) (Høstgaard & Nøhr, 2004) (Kotter & Schlesinger , 2008).

Med inspiration fra ovenstående anvendes og afgrænses "modstand mod forandring" i dette projekt, som betegnelsen for den modstand der er, og evt. kan eskalere fra sygeplejerskernes side, under forandringsprojektet med at implementere "inddragelse af patienten ved dokumentation" i sengeafsnittet, herunder modstand mod at anvende PC på sengestuen. Nedenfor beskrives nærmere hvad der kan være årsag til modstand, og hvorledes der kan arbejdes med dette i sengeafsnittet.

Årsager til modstand

Kotter og Schlesinger (Kotter & Schlesinger , 2008) beskriver hvad de betegner som 4 klassiske årsager hos mennesker, til at der opstår modstand mod forandring:

- Egeninteresse - ønske om ikke at miste noget af værdi
- Misforståelser og mangel på tillid – ved forandringen og dens påvirkninger
- Forskellige vurderinger af behov og mål – overbevisning om at forandringen ikke giver mening i organisationen
- Lav tolerance for forandring – uønskede ændringer i opgaver og samarbejde

Alle disse forhold angår individet, Jacobsen (Jacobsen, 2011) beskæftiger sig også med årsager til modstand, og ser på årsager som rækker ud over individet, men som også har indflydelse på hvordan forandringen modtages i organisationen.

Jacobsen kategoriserer årsagerne efter deres udspring således:

- Individuelle forhold
- Sociale forhold
- Teknologiske og strukturelle forhold
- Forhold knyttet til omgivelserne. (Jacobsen, 2011)

Jacobsen gør i øvrigt opmærksom på tre faktorer ved mennesker, som påvirker det enkelte individ, og dermed også reaktionen på forandringen. Det drejer sig om subjektive opfattelser af virkelhedsbilledet, konsekvensen for individet, og følelser der sættes i spil (Jacobsen, 2011).

Der vil nu blive set nærmere på Jacobsens kategorier af årsager til modstand, og med inddragelse af Kotter og Schlesingers individuelle årsager vil disse blive holdt op mod den indsamlede empiri, med henblik på at identificere hvilke årsager til modstand mod "inddragelse af patienten ved dokumentation", der eksisterer eller er potentielle i sengeafsnittet.

Individuelle forhold

- Faglig uenighed i at forandringen overhovedet er nødvendig kan fx opstå, når medarbejderne vurderer resultatet af forandringerne anderledes end deres ledere (Jacobsen, 2011) (Kotter & Schlesinger , 2008) . En sygeplejerske i afsnittet var uenig i at inddragelse af patienten var en faglig god ide:

"Altså jeg synes at ankomstsamtalen den handler mere om at opbygge tillid tryghed med patienten end det handler om at få de rigtige ord ned på en computer[...]Jeg jeg er heller ikke sikker på at det er patientens behov og nødvendigvis vide, hvad det er vi skriver." (Sygeplejerske i fokusgruppeinterview)

- Uenighed kan også tillægges andre årsager end faglige, men kan findes i de mere grundlæggende værdier hos individet (Jacobsen, 2011) . Det er ud fra den indsamlede empiri ikke muligt at identificere at dette skulle være i spil i dette afsnit.
- Frygt for det ukendte (Jacobsen, 2011) kan opstå, når medarbejderne ikke forstår påvirkningerne og antager, at det vil koste dem mere end det vil gavne. Opstår ofte hvor der er mistillid mellem den der initierer forandringen og de ansatte. (Kotter & Schlesinger , 2008) . Forestillingen om det ukendte skaber billeder i hovedet på et par sygeplejerske:

"Jeg tænker det kan lave en form for distance til patienterne, hvis man sidder og skriver med patienten og.." (Fokusgruppeinterview)

"Ja ja Hvis man bare sidder og siger ingenting og bare skriver...det kan være lidt voldsomt" (Fokusgruppeinterview)

På trods af at sygeplejerskerne fortæller at dette har været prøvet i afsnittet, og Afd. spl. fortæller at hun faktisk gør det af og til, så skabes der nogle voldsomme billeder af situationen hos sygeplejerskerne.

"Så det ville være et praktisk problem, hvordan er det man ser samtidigt med at man skriver om ham og hans maveproblemer?" (Fokusgruppeinterview)

- Frygt for ikke at slå til (Jacobsen, 2011). Der er forskel i menneskers grænser for forandringsparathed, og organisatoriske forandringer kan tvinge nogle ud i hurtigere forandringer end de magter. Forandringen kan evt. betyder ændringer i opgaver og samarbejde, og blottelse af faglig kompetence. (Kotter & Schlesinger , 2008)

"Nej jeg syntes ikke det fungerer at stå og skrive inde hos folk,- det syntes jeg ikk´. Men det er min personlige mening. " (Fokusgruppeinterview)

En informant fra fokusgruppeinterviewet forholder sig til tidsperspektivet og at det ikke er muligt rent praktisk at gennemføre dette da det vil kræve for meget tid, bl.a. fordi patienten givet vis ville have brug for uddybninger:

"Jeg kan godt se det, så tager det 3 timer at dokumentere hos patienterne [...]Det bliver en samtale" (Fokusgruppeinterview)

Tab af personlige goder (Jacobsen, 2011) Kan være på grund af modsætningsforhold i interesser mellem individer i organisationen (godt for nogen – ulempe for andre), eller mellem individ og organisation (om fordelene er for organisationen eller individet). Kan opstå før og under forandringen. (Kotter & Schlesinger , 2008). Også denne type af årsag til modstand mod forandring kræver et grundigt kendskab til organisationens individer, og kan ikke identificeres gennem den indsamlede empiri. Men det er et punkt som Afd. spl. skal være opmærksom på.

Efter analysen af de individuelle årsager til modstand mod forandring i sengeafsnittet, følger en analyse af de øvrige forhold som ifølge Jacobsen kan gøre sig gældende. (Jacobsen, 2011) Det drejer sig om sociale forhold, teknologiske og strukturelle forhold, og forhold i omgivelserne med tilhørende underpunkter.

Sociale forhold

- Tab af personlige relationer.

Dette er en arbejdsplads med social stabilitet. Det er indtrykket fra både observationsstudiet, og fra fokusgruppeinterviewet at der hersker en god og let stemning blandt personalet. Observationsstudiet viste også, at der foregik meget mundtlig koordinering personalet i mellem, og der blev i interviewene lagt vægt på, at der arbejdes i teams. Det tyder på en arbejdsplads hvor der er meget og positiv kontakt personalet imellem i løbet af arbejdsdagen. Afd. spl. fortæller, at dette er et afsnit med lille personaleomsætning. Selv har hun været i afsnittet i 20 år.

” Vi har ikke særlig stor personaleomsætning. Det er lidt usædvanligt for et sengeafsnit med skiftende vagter. Men de gider hinanden” (Afd. spl.)

At personalet samles på kontoret og foretager dokumentationen sammen er en personlig relation, som vil gå tabt hvis sygeplejerskerne skal dokumenter ude hos patienterne i stedet. Dette kan derfor forventes at give anledning til modstand.

- Psykologiske kontrakter

Ifølge Jacobsen kan der gennem årene være indgået ”personlige kontrakter”, dækkende over forhold for individer, som ligger indlejret i kulturen i afsnittet, uden egentligt at blive italesat. (Jacobsen, 2011) Forandringer kan være trusler mod sådanne ”kontrakter”, og kan give anledning til modstand. Det er ikke ud fra den indsamlede empiri muligt at identificer om sådanne ”kontrakter”, findes i afsnittet, men projektgruppen finder det sandsynligt, netop fordi en del af personalet har været ansat meget længe i afsnittet.

- Magt

Magt af formel eller uformel karakter kan være truet med forandringer. (Jacobsen, 2011) Også på det punkt kræves der større indsigt end den indsamlede empiri kan give for at kunne identificere om magtforhold gør sig gældende i dette afsnit.

Ved observationsstudiet, så projektgruppen at kompetencerne hvad angår dokumentation var lige for individer fra faggruppen social- sundhedsassistenter, og faggruppen sygeplejersker i sengeafsnittet. Fagligt er der forskel på disse gruppers formelle kompetence, og projektgruppen antager ud fra generelt kendskab til de to faggruppers fagkamp, at dette kan være en potentiel årsag til modstand mod at skulle inddrage patienten ved dokumentationen.

Teknologiske og strukturelle forhold

- Maskiner

Afsnittet råder over ganske få bærbare PC'er, og kun to rulleborde beregnet til disse. En modstand mod at skulle inddrage patienter ved dokumentation i afsnittet kunne potentielt opstå ved behovet for at skulle investere i ekstra bærbare PC'er.

- Viden

Den viden der, ifølge Jacobsen, er i spil som potentiel årsag til modstand ved forandringer, er den specialiserede viden der har betydning for personlig status på arbejdspladsen (Jacobsen, 2011). Projektgruppen ser ikke dette som en årsag til modstand blandt sygeplejerskerne, mod at inddrage patienterne ved dokumentationen, idet empirien viser at videns kompetencer, på dette område netop var lige for alle.

Forhold i omgivelserne

- Tilbage melding fra markedet

Markedet forstås i dette projekt som patienterne. Tilbage melding kunne være via Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), men da "Danske patienter"¹² arbejder aktivt for inddragelse af patienter generelt (Danske Patienter, 2015) forventer projektgruppen ikke, at inddragelse af patienter ved dokumentation, vil være årsag til modstand derfra.

- Påvirkning i lokalmiljøet

At inddrage patienter ved dokumentation har ingen påvirkning i lokalmiljøet, og anses derfor af projektgruppen heller ikke at være potentiel årsag til modstand.

Ovenstående analyse af eksisterende og potentiel modstand mod at inddrage patienten ved dokumentation i sengeafsnittet, i forhold til Kotter og Jacobsen, viser at der på forhånd eksisterer modstand af individuelle og sociale årsager, samt at der tillige er potentiel modstand af sociale og teknologiske årsager. Analysen viser også at der ikke er årsager til modstand i forhold til omgivelserne.

Nedenstående tabel giver et overblik over årsager til modstand mod "inddragelse af patienten ved dokumentation" i sengeafsnittet. Der kan være ikke identificerede årsager, som ikke er afdækket, på grund af manglende dybdegående kendskab til sygeplejerskerne i sengeafsnittet. Dette betyder

¹² Danske patienter er en paraplyorganisation for danske patientforeninger. Danske Patienter har 17 medlemsorganisationer, der repræsenterer i alt 79 patientforeninger og tilsammen 870.000 danskere (<http://danskepatienter.dk/medlemsoversigt>)

at der også i sengeafsnittet kan være eksisterede eller potentiel modstand under disse årsager, og dette må der tages højde for ved en implementering.

Eksisterende	Potentiel	Ikke identificeret
Individuel: Faglig uenighed	Socialt: Psykologiske kontrakter	Individuel: Uenighed i grundlæggende værdier
Individuel: Frygt for det ukendte	Socialt: Magt	Individuel: Tab af personlige goder
Individuel: Frygt for ikke at slå til	Teknologi: Maskiner	
Socialt: Tab af personlige relationer		

Tabel 2: Overblik over årsager til modstand mod "inddragelse af patienten ved dokumentation" i sengeafsnittet. De eksisterende årsager er de som analysen viser findes i sengeafsnittet nu. De potentielle årsager er de som analysen viser evt. kan opstå i sengeafsnittet. De ikke identificerede årsager, er årsager som det på grund af manglende dybdegående kendskab til sygeplejerskerne i sengeafsnittet ikke har været muligt at foretage en analyse i forhold til.

Identifikation af mulige årsager til modstand mod forandringen er nødvendig, for at modstanden kan håndteres. Den [Afs. spl.] der skal implementere forandringen, må vurdere hvilke af de mange mulige årsager til modstand, der kunne gøre sig gældende i organisationen, således at han kan imødegå modstanden på en egnet måde (Kotter & Schlesinger, 2008).

Kotter og Schlesinger opstiller 6 tilgange til at arbejde med modstanden (Kotter & Schlesinger, 2008). Succesfulde forandringer bygger ifølge Kotter og Schlesinger på en kombination af disse tilgange, samt lederens evne til at kunne vurdere situationen realistisk. (Kotter & Schlesinger, 2008)

Disse 6 tilgange til håndtering af modstand fremstilles i nedenstående skema:

Tilgang	Kommentar
Uddannelse og kommunikation	Uddannelse på forhånd og kommunikation hjælper medarbejderne til at se meningen med forandringen. Kan være i form af diskussioner, præsentationer til grupper, memos og rapporter. Velegnet hvor modstand skyldes manglende information, samt hvor der er ønske om at inddrage modstandere i implementeringen. Kræver tid og energi, og ikke mindst mange folk.
Deltagelse og involvering	Inddragelse af potentielle tvivlere i processen. Ved at lytte til deres råd, kan modstand forebygges. Inddragelse kan betyde engagement, og ikke blot efterlevelse. Risikoen ved inddragelse af medarbejderne er, at der ikke er nogen vej tilbage, og at det kan være en lang og omkostningsfuld proces. 10

Facilitering og støtte (support)	Fx uddannelse i nye færdigheder, efter indsatsen belønne medarbejderne, samt lytte og yde emotionel support. Velegnet når årsagen til modstand ligger i frygten for det ukendte. Kræver tid, økonomi, og tålmodighed.
Forhandling og enighed	Incitament, fx i form af belønninger, til aktive og potentielle modstandere, kan forebygge modstand. Kan benyttes over for medarbejdere eller andre ledergrupper hvorfra modstand kan forventes.
Manipulation og overtalelse	Ved brug af selektiv information og målrettet tilrettelæggelse. Inddrage modstander mhp deres tilslutning - ikke for at få deres råd. Kan risikere at skabe mere modstand.
EksPLICIT og implicit tvang	Fx ved at ændre stillingsbeskrivelse, om røkerier af medarbejdere eller i sidste instans fyre udvalgte. Hvor forandringer er tvingende nødvendige og skal forgå hurtigt. Risikofyldt da dette tiltag vil møde stor modstand.

Tabel 3 Oversigt over 6 tilgange til at arbejde med tackling af modstand mod forandring. Et væsentligt af sæt er at kende årsagerne til evt. modstand. (Kotter & Schlesinger, 2008) (Egen tabel på baggrund af (Kotter & Schlesinger, 2008))

En helt anden betragtning af modstand mod forandring findes i "Fair proces" (Vestergaard, 2013).

"Medarbejderne er ikke modstandere eller aktive medskabere af forandring: de bliver modstandere eller aktive medskabere afhængigt af hvordan processen ledes. "

(Vestergaard, 2013, p. 12)

Dette projekt vil benytte begge betragtninger når der skal arbejdes med håndtering af modstand mod forandring. Der skal både imødegås en eksisterende modstand, samt en potentiel modstand. Derudover skal der også tages højde for de typer af modstand som det ikke har været muligt at identificere, men som *kan* være eksisterende eller potentiel. Kotter og Schlesingers tre førstnævnte tilgange "Uddannelse og kommunikation", "Deltagelse og involvering" og "Facilitering og støtte", indebærer ifølge projektgruppens opfattelse gennemsigthed idet de alle omfatter dialog som redskab. Hermed trækkes tråden til "Fair proces", som netop bygger på gennemsigthed i processen (Vestergaard, 2013).

Den eksisterende modstand tillægges efter analysen individuelle og sociale årsager. Det drejer sig i høj grad om frygt for ændringernes indflydelse på eksisterende forhold. Disse modstandsårsager må ifølge Kotter og Schlesinger imødegås med oplysning, i form af "Uddannelse og kommunikation", "Deltagelse og involvering" og "Facilitering og støtte". Tiltag som tilsammen skal gøre det tydeligt for sygeplejerskerne, hvad hensigten med at inddrage patienten ved dokumentation er, samt generelt at gøre beslutninger gennemsigtige så der ikke hersker tvivl om

hensigten. Denne gennemsigthed går godt i tråd med Fair proces tilgangen til forandringen (Vestergaard, 2013).

Eksisterende	Tilgang
Individuel: Faglig uenighed	Uddannelse og kommunikation
Individuel: Frygt for det ukendte	Deltagelse og involvering
Individuel: Frygt for ikke at slå til	Facilitering og støtte
Socialt: Tab af personlige relationer	

Tabel 4: Oversigt over eksisterende årsager til modstand i sengeafsnittet, samt anbefalede tiltag dertil.

De ikke identificerede årsager må imødegås i sengeafsnittet på lige fod med de eksisterende, da de evt. findes. Et dybere kendskab til afsnittets sygeplejersker er nødvendigt før disse årsager kan endeligt udelukkes. Hvor det drejer sig om "Uenighed i grundlæggende værdier", må der også "Uddannelse og gennemsigthed" til, men derudover anses "Facilitering og støtte" som væsentlig indsats ved at lytte og yde emotionel support.

Ikke identificeret	Tilgang
Individuel: Uenighed i grundlæggende værdier	Uddannelse og kommunikation Deltagelse og involvering Facilitering og støtte
Individuel: Tab af personlige goder	Forhandling og enighed Manipulation og overtalelse

Tabel 5: Oversigt over ikke identificerede årsager til modstand i sengeafsnittet, samt anbefalede tiltag dertil. Der må tages højde for disse årsager på lige fod med de eksisterende da de evt. forekommer i afsnittet.

Endelig er det også væsentligt at tage sig af de potentielle årsager, og forebygge at disse udvikler sig til modstand. Her må der igen trækkes på uddannelse og gennemsigthed hvor det drejer sig om de sociale årsager, mens den teknologiske årsag i maskinerne kræver "Manipulation og overtalelse", da det vil handle om at skulle involvere økonomi før det bliver muligt at opgradere afsnittet med bærbare PC'er og tilhørende udstyr.

Potentiel	Tilgang
Socialt: Psykologiske kontrakter	Uddannelse og kommunikation
Socialt: Magt	Deltagelse og involvering Facilitering og støtte
Teknologi: Maskiner	Manipulation og overtalelse

Tabel 6: Oversigt over potentielle årsager til modstand i sengeafsnittet, samt anbefalede tiltag dertil. Der må tages hånd om disse årsager for at imødegå at modstand opstår.

Som nævnt ovenfor udfordres projektet af to typer af modstand:

- Modstand mod at inddrage patienten i dokumentationen
- Modstand mod at anvende PC på sengestuen.

Begge disse typer af modstand håndteres ved ovennævnte tiltag. Dog må det bemærkes at det eventuelt er forskellige kapaciteter der skal trækkes på ved undervisning inden for de respektive

områder. Projektgruppen ser det imidlertid som væsentligt at dette koordineres nøje, så der arbejdes på tværs af de tidligere nævnte ledelsessiloer (Figur 2) for henholdsvis det sundhedsfaglige og sundheds-IT-området.

Nedenfor gives en kort sammenfatning på analysen af modstand mod forandring i sengeafsnittet, med beskrivelse af årsager og oplæg til håndtering.

10.1.1 Sammenfatning på analyse af modstand mod forandring

Analysen har under et behandlet modstanden mod at inddrage patienten i dokumentationen og modstanden mod at anvende PC'en på sengestuen.

Analysen af modstand i sengeafsnittet mod "inddragelse af patienten ved dokumentation" viste, at der både findes eksisterende og potentiel modstand i afsnittet, samt at modstanden i overvejende grad var af typerne relateret til individerne, samt sociale forhold.

Det viste sig også, at der er behov for yderligere og grundigere kendskab til de enkelte sygeplejersker, hvis det skal være muligt at analysere alle typer af modstand.

Analysen af hvilke tiltag det kan anbefales til sengeafsnittet at arbejde videre med, viste at der er behov for gennemsigtighed i processen, og at dette ville kunne tilgodeses med Kotter og Schlesingers tre tilgange "Uddannelse og kommunikation", "Deltagelse og involvering" og "Facilitering og støtte", samt understøttes gennem "Fair proces".

Derudover er der tilfælde hvor individer kan oparbejde modstand af frygt for tab af personlige goder. Dette må håndteres ved "Forhandling og enighed", og "Manipulation og overtalelse"

Endelig ses der en potentiel modstand kommende udefra, når det handler om af få indkøbt bærbare PC'en.

Efter analyse af modstand mod forandring, følger her en analyse af motivationen i sengeafsnittet, og hvorledes der kan arbejdes med den for at motivere sygeplejerskerne til at inddrage patienten i dokumentationen. Med afsæt i indre og ydre motivation, blive empirien blive analyseret op mod Herzbergs 2 faktor teori, og derefter vil der blive arbejdet med oplæg til tiltag ud fra Hackman og Oldhams jobdesignteori.

10.2 Motivation

Forudsætningen for at der kan dokumenteres sammen med patienten er at sygeplejerskerne har accepteret EPJ som et mobilt arbejdsredskab. Det tyder på at projektet er et implementeringsprojekt hvor der er en motivationsudfordring inden for to områder:

- At motivere for at der kan dokumenteres sammen med patienten
- At motivere for at omlægge rutiner så EPJ anvendes som mobilt redskab.

Samtidig må der tages højde for at projektet står over for en motivationsopgave i forhold til afsnittets sygeplejersker som en samlet gruppe, bestående af individer, som hver især må motiveres.

Der findes ikke nogen klar definition af ordet motivation, da det må læses i en kontekst. Motivation kan overordnet forklares som "Tilskyndelse til at handle på en bestemt måde" (Den danske ordbog, 2015). I dette projekt benyttes denne forståelse af ordet, når der tales om at motivere sygeplejerskerne for henholdsvis "at inddrage patienten i dokumentationen", og "at benytte EPJ som et elektronisk arbejdsredskab".

Indre og ydre motivation

Motivationsfaktorer inddeles i to typer: En indre og en ydre. (Hein, 2009) (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

De indre motivationsfaktorer er de der skabes i individet selv, og kan være knyttet til ønsket om at præstere eller udvikle sig selv. Handlingerne er knyttet til egne forventninger og virker tilfredsstillende i sig selv (Hein, 2009). Det kan fx dreje sig om et ønske om at udføre sit arbejde på en måde, hvor ens egen indsats har betydning for det, der kommer ud af indsatsen, modsat at udføre en rutineopgave efter en instruks (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Sygeplejefaget er i høj grad drevet af indre motivationsfaktorer. Sygeplejersker uddannes i region Midtjylland, på institutionen VIA. På VIA's hjemmeside¹³ står der som appetitvækker til faget: "*Går du efter en uddannelse, hvor du dagligt kan gøre en forskel? [...] Så bliv sygeplejerske!*" (VIA University College, 2015). Denne appetitvækker lægger op til at sygeplejersker arbejder ud fra en indre motivation, drevet af ønsket om at præstere, ved '*at gøre en forskel*'.

Den ydre motivation skabes udefra, og er uden for individets egen kontrol. Handlingerne er knyttet til andres forventninger, og fører til en belønning (Hein, 2009). Belønningerne kan fx være materielle belønninger (løn), eller symbolske belønninger (karriere). Også udsigt til fremtidig belønning kan betragtes som en ydre motivationsfaktor. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Projektgruppen har ikke indflydelse på de ydre motivationsfaktorer i dette projekt. Vi må sætte vores lid til, at når afsnittet benytter sig af nøglepersoner til at drive udviklingsprojekter (som fx

¹³ VIA University College er en professionshøjskole som har over 40 videregående uddannelser på otte campusser i Region Midtjylland – herunder sygeplejerskeuddannelsen.

implementering af EPJ), så afspejler dette sig i de vilkår som har betydning for nøglepersonernes fortsatte motivation for at varetage funktionen. På tilsvarende vis har projektgruppen ikke indflydelse på de vilkår sygeplejerskerne gives i afsnittet, men er vidende om at organisatoriske forandringer, i form af nye arbejdsgange som dette projekt vil medføre, kan have indflydelse på disse ydre faktorer, som følge af ændrede arbejdsvilkår.

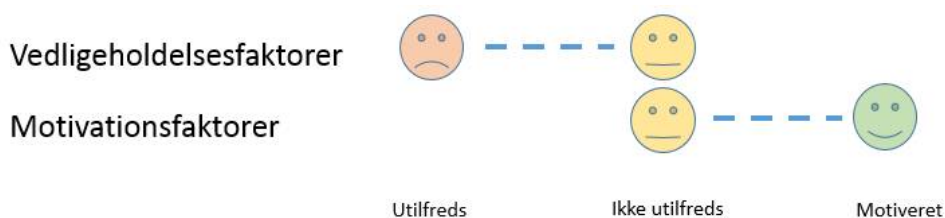
Af fokusgruppeinterviewet fremgik det at sygeplejerskerne i afsnittet på forhånd ikke var motiverede for at dokumentere sammen med patienten. Holdningen blev til dels understøttet af afdelingssygeplejersken holdning:

"Så jo, det ville kunne lade sig gøre, og det skulle kunne lade sig gøre der hvor det giver mening" (Afd. spl.). På den anden side ser hun ikke fordele ved at flytte dokumentationen ud sammen med patienten, men svarer på direkte forespørgsel: *"Ikke umiddelbart [...] Der vil jeg ikke nødvendigvis sige at det vil øge kvaliteten, men det tror jeg da godt man kunne hvis man ville"* (Afd. spl.).

Afd. spl. ser således heller ikke ud til at have en indre motivation for at inddrage patienten i dokumentationen. Hun giver udtryk for at dette kunne lade sig gøre, hvis det blev det hun ville kategorisere som en "SKAL-opgave". Afd. spl. brugte betegnelse 'SKAL-opgaver', om opgaver som initieres oppefra i organisationen, og hvor afdelingen ikke har valget, men skal implementere disse tiltag. Det kan fx være tiltag affødt af strategier.

Herzbergs '2-faktor-teori'

Herzberg arbejder i sin '2-faktor-teori', med 2 typer af faktorer som har betydning for arbejdstilfredsheden: Vedligeholdelsesfaktor (også kaldet hygiejnefaktor) og Motivationsfaktor. (Hein, 2009)



Figur 7: Illustration af Herzbergs teori. Motivationsfaktorerne benævnes af Herzberg også som vækstfaktorer. Det er faktorer som ifølge Herzberg øger medarbejderes jobtilfredshed, og som har karakter af indre motivation. (Egen figur)

Vedligeholdelsesfaktor er af ydre motivationskarakter, og vedrører arbejdsvilkår, som fx jobbetingselser, ledelse og løn. (Hein, 2009) Vedligeholdelsesfaktorer forventes ifølge Herzberg at være tilstede, og har ikke egentlig betydning for motivationen, men fravær af disse faktorer vil derimod virke demotiverende (Hein, 2009). Vedligeholdelsesfaktorer er som nævnt ovenfor, faktorer som projektgruppen ikke har indflydelse på.

Motivationsfaktorer er af indre karakter, og vedrører det der udspringer af medarbejderens ønske om at præstere (af Herzberg også kaldet vækstfaktorer) (Hein, 2009). Det drejer sig om faktorer som fx anerkendelse, præstation, mening med jobbet og personlig udvikling. Tilstedeværelse af disse faktorer er ifølge Herzberg jobberigende, og fremmer jobtilfredsheden for medarbejderen, mens fravær kan virke demotiverende (Hein, 2009). Det er projektets mål at fremme disse motivationsfaktorer hos sygeplejerskerne i sengeafsnittet.

Gruppen af sygeplejersker som skal motiveres, er en gruppe fagprofessionelle, hvis arbejde styres af funktionen og 'kaldet', at tjene patientens bedste. (Hein s. 190) (Dansk sygeplejeråd, 2012)

Det centrale for motivationen bliver hvordan den enkelte sygeplejerske oplever sine arbejdsopgaver, hvilke udfordringer og udviklingsmuligheder opgaverne giver, samt den enkeltes oplevelse af at klare disse udfordringer (Jacobsen & Thorsvik, 2013, p. 235). Projektet vil arbejde med at motivere sygeplejerskerne i forhold til opgaven 'at inddrage patienten i dokumentationen'.

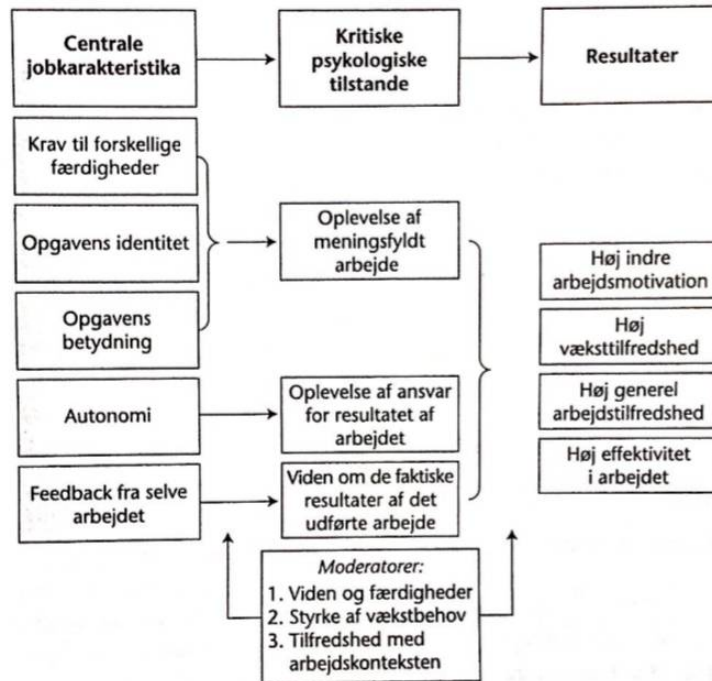
Sygeplejerskerne skal motiveres i forhold til indre faktorer, og drivkraften må være ønsket om at 'tage afsæt i patientens behov': "*altså jeg syntes tit deres egen omsorg tit er bedre hvis de har en god indsigt i tingene*" og "*Så det bliver lidt mere på patientens præmisser synes jeg*" (Fokusgruppeinterview). Der må argumenteres for at dette er patientens behov. Denne argumentation er ikke fremmed for gruppen, idet det under fokusgruppeinterviewet kom frem, at patienter som selv fulgte med i eget forløb, havde et højere egenomsorgsniveau. At dokumentere sammen med patienten vil understøtte faktorerne, "mening med jobbet", idet det netop går på ønsket om at imødekomme patientens behov, "personlig udvikling" og "anerkendelse" i interaktionen med patienten, og egen følelse af "præstation" i jobbet.

I forbindelse med at sygeplejerskerne skal motiveres, bør der foregå en motivation i forhold til arbejdsprocesserne i sengeafsnittet. Der skal forandres i arbejdsgangene for at bane vejen for at EPJ kan tages i brug som elektronisk redskab. Dette er en forudsætning for at dokumentationen kan foregå sammen med patienten. Denne motivation vil foregå trinvis, og dette projekts mål – at inddrage patienten ved dokumentationen skal fungere som springbræt for yderligere brug af EPJ som elektronisk mobilt redskab.

Hackman og Oldham – jobdesign teori

Hackman og Oldham har opstillet en model for hvordan et job skal designes for at virke så motiverende som muligt. Deres pointe er, at medarbejderens motivation afhænger af hvor godt et match der er mellem medarbejderen og selve jobbet. Hvis der er et godt match, vil dette virke som indre motivation og fremme jobtilfredsheden. (Hein, 2009) (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Modellen er bygget op over tre trin: 5 centrale jobkarakteristika, som kan medføre tre typer af kritiske psykologiske tilstande, som afføder resultater. Disse resultater er dels i kvaliteten af arbejdet, dels i medarbejderens motivation for at udføre jobbet.



Figur 8 Hackman og Oldhams model (Hein, 2009). 5 karaktertræk ved jobbet har betydning for hvordan medarbejderen ved oplevelse af jobbet udvikler indre motivation for at udføre dette. Ud over opgavens karakter, og medarbejderens oplevelse af processen og resultatet, påvirkes den indre motivation også af medarbejderens forudsætning for at udføre jobbet.

De 5 karakteristika ved jobbet som skaber disse kritiske psykologiske tilstande er (Hein, 2009, p. 155):

- Krav til færdigheder og kompetencer hos medarbejderen (- at sætte disse i spil gør jobbet meningsfyldt)
- Opgavens intensitet (mening med arbejdet)
- Opgavens betydning (værdi for andre)
- Autonomi (medarbejderen oplevelse af ansvar i jobbet)
- Feedback fra selve arbejdet (at kunne se det gør en forskel)

De fem karakteristika skaber ikke i sig selv resultater, men det gør medarbejderens adfærd i forbindelse med udførelse af disse (Hein, 2009). Der er 3 faktorer som har betydning for at medarbejderen kan udvikle en stærk indre motivation (benævnes kritiske psykologiske tilstande). Disse er:

- Oplevelse af meningsfyldt arbejde
- Oplevelse af ansvar for resultatet af arbejdet
- Viden om det faktiske resultat af arbejdet

Opleves disse tre tilstande ved arbejdet, vil medarbejderen, ifølge Hackman og Oldham, udvikle en indre motivation til at udføre jobbet. De endelige resultater af arbejdet og hvorvidt der skabes en

indre motivation, påvirkes endvidere af følgende 3 individuelle træk hos medarbejderen (benævnes moderatorer):

- Viden og færdigheder (afstemte ressourcer og krav)
- Styrke af vækstbehov (den enkeltes behov for vækst)
- Tilfredshed med arbejds konteksten (arbejdsforholdene generelt)

Disse moderatorer hos medarbejderen, påvirker medarbejderens adfærd, når jobbet udføres, og har dermed også betydning for resultatet af arbejdet, og den indre motivation. Moderatorerne har betydning for, i hvor høj grad den indre motivation fremmes af de fem karakteristika ved jobbet. (Hein, 2009) (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Denne model anvendes nedenfor som analyseramme for de karakterer ved jobbet, der skal sættes i spil for at motivere sygeplejerskerne i sengeafsnittet, for at inddrage patienterne ved dokumentation. I venstre kolonne ses Hackman og Oldhams jobkarakteristika, og i højre kolonne ses hvordan det er nu, og hvorledes der kunne motiveres i sengeafsnittet i forhold til disse jobkarakteristika.

Hackman og Oldham	Motivation i sengeafsnittet
<p>Krav til færdigheder og kompetencer hos sygeplejersken</p> <p>- at sætte disse i spil gør jobbet meningsfyldt</p>	<p>Nuværende: Sygeplejerskerne mener ikke at det er muligt at dokumentere sammen med patienten, da PC'en vil komme imellem patienten og sygeplejersken, og skabe distance. Endvidere vil fokus flyttes fra patient til sygeplejerske. Sygeplejerskerne er usikre i forhold til målet med dokumentation i afdelingen – herunder om patienterne må/ønsker at se det de dokumenterer.</p> <p>Gevinst ved inddragelse af patient ved dokumentation: Der må arbejdes med kompetenceløft hos sygeplejerskerne på tre områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I forhold til brug af IT generelt, og brug af EPJ specifikt (gøre sygeplejerskerne fortrolige med at arbejde med pc og EPJ, så fokus ikke flyttes fra patient til pc) - I forhold til kommunikation og formidling (ruste sygeplejerskerne til en dialog som i lige så høj grad tager afsæt i patientens behov for uddybning, som afsæt i systematikken som de arbejder efter nu) - Målet med dokumentation i afsnittet

<p>Opgavens intensitet</p> <p>- mening med arbejdet</p>	<p>Nuværende: Sygeplejerskerne dokumenterer bagudrettet for at sikre kommunikation til næste vagthold. Arbejdsgangene i afsnittet er tilrettelagt omkring mundtlige overleveringer, både i løbet af vagten, og ved vagtskifte.</p> <p>Gevinst ved inddragelse af patient ved dokumentation: Dokumentationsopgaven vil give større mening for sygeplejersken, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der bruges tid sammen med patienten frem for inde på kontoret - Patientens informationsniveau løftes ved inddragelsen og han får lejlighed til at stille uddybende spørgsmål i forbindelse med dokumentationen - Der kommer fokus på at dokumentere det der er vigtigst for patienten
<p>Opgavens betydning</p> <p>- værdi for andre</p>	<p>Nuværende: Dokumentationen fylder meget i sygeplejerskens arbejdsdag, og tager tid som de hellere ville tilbringe sammen med patienten. Sygeplejerskerne har observeret at patienter som følger med i eget forløb har højere egenomsorg. Kollegaer har ikke adgang til nyeste informationer, men må afbryde for at spørge.</p> <p>Gevinst ved inddragelse af patient ved dokumentation: Dokumentationsopgaven vil give mere værdi for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten som får indsigt i eget forløb, og afsæt for øget egenomsorg - Sygeplejersken som kan tilbringe tiden, og interagere med patienten samtidig med at der dokumenteres. - Øvrige samarbejdspartnere som vil have adgang til observationer foretaget af en kollega - Dokumentationen som vil få fokus på det der er væsentligt omkring patienten – og fjerne fokus fra systematikken.
<p>Autonomi</p> <p>- oplevelse af ansvar i jobbet, så resultatet kan tillægges indsatsen</p>	<p>Nuværende: Sygeplejerskerne følger systematik ved informationen og dokumentationen, og arbejder ifølge retningslinjer. Resultatet tillægges teamets indsats, hvor opgaver uddelegeres.</p> <p>Gevinst ved inddragelse af patient ved dokumentation: Der vil opleves større selvstændighed og ansvar for resultatet når:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation- og informationsarbejdet skifter karakter fra systematik ifølge retningslinjer, til at være en del af

	<p>sygeplejerskernes faglige ydelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den der foretager observationen/samtalen med patienten er også den der fuldfører opgaven med at dokumentere sammen med patienten, og ved samme lejlighed drøfte situationen med patienten. - Dokumentation tilpasses patientens situation
<p>Feedback fra selve arbejdet</p> <p>- at kunne se det gør en forskel</p>	<p>Nuværende:</p> <p>Sygeplejerskerne dokumenterer rigtig meget, som de dog ikke mener at andre egentlig er interesserede i. Deres arbejdstilrettelæggelse gør at der heller ikke læses det dokumenterede ved vagtskifte. Dokumentation benyttes når der skal ses historiske data fx hvis en patient er blevet i tvivl om en information eller ved en klagesag.</p> <p>Gevinst ved inddragelse af patient ved dokumentation:</p> <p>Dokumentation sammen med patienten ville give feedback ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Straks i dokumentationssituationen hvor patienten kan forholde sig til det skrevne. - I e-journal hvor informationerne vil være afstemte med patienten - Patientens forståelse af teksten i e-journal bedres - Evt. kunne afspejles i Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) (Aarhus Universitetshospital, 2015)

Tabel 7: analyseramme for de karakterer ved jobbet, der skal sættes i spil for at motivere sygeplejerskerne i sengeafsnittet, for at inddrage patienterne ved dokumentation. I venstre kolonne ses Hackman og Oldhams jobkarakteristika, og i højre kolonne ses hvordan det er nu, og hvorledes der kunne motiveres i sengeafsnittet i forhold til disse karakteristika.

10.2.1 Sammenfatning på analyse af motivation ved dokumentation i afsnittet

Det ses at der er behov for at motivere sygeplejerskerne i afsnittet som en samlet gruppe, og at denne gruppe også skal omfatte Afd. spl. Det ses tillige at sygeplejersker er en faggruppe som kan motiveres ved indre motivationsfaktorer.

Med afsæt i Herzberg 2-faktor-teori, blev det tydeligt at der i afsnittet allerede findes argumenter til fremme af de indre motivationsfaktorer. Der må ved tilrettelæggelse af arbejdsprocesserne tages højde for de nye arbejds gange.

Det ses af analysen, at der ved at designe arbejdet så det omfatter Hackman og Oldhams 5 jobkarakteristika, i forhold til at inddrage patienten ved dokumentation, kan opnås de kritiske psykologiske tilstande, som danner basis for højere indre motivation.

I analysen af nuværende karaktertræk ved dokumentationsarbejdet, holdt op mod de gevinster der er ved inddragelse af patient ved dokumentation, i Hackman og Oldhams model, er der identificeret flere mulige potentielle gevinster for både patient og sygeplejerske. Dels er der gevinst ved resultatet af arbejdet, idet patienten bliver mere oplyst om eget forløb, dels er der gevinst for sygeplejersken, som ved opnåelse af de kritisk psykologiske tilstande, kan få en øget indre motivation til at udføre jobbet. Opnåelsen af disse kritisk psykologiske tilstande og indre motivation, afhænger imidlertid af den enkelte sygeplejerskes moderatorer. Der er derfor behov for at Afd. spl. dels arbejder med at motivere sygeplejerskerne i sengeafsnittet så de ser udfordringer ved at inddrage patienterne ved dokumentation, dels søger for at opkvalificere sygeplejerskerne, så de har færdighederne til at tage denne udfordring op. Det drejer sig både om færdigheder i at indgå i dialog med patienterne om det dokumenterede, og om IT-tekniske færdigheder, som gør sygeplejerskerne i stand til at håndterer dokumentationen sammen med patienten, på en måde så fokus holdes på patienten.

Udover at sygeplejerske gruppen skal motiveres for at se en gevinst ved arbejdet med "inddragelse af patienten ved dokumentation", er det også at væsentligt at se på hvordan udvikling foregår i afsnittet.

Nedenfor følger en analyse af hvordan der læres og udvikles nye forståelser i sengeafsnittet. Den viden skal hjælpe med at afklare hvordan tiltag i forhold forandringen skal tilrettelægges.

Der vil først blive set på hvordan der generelt arbejdes med læring på AUH, dernæst vil der med afsæt i Senges femte dimension, og Single loop –double loop teorien blive analyseret op mod empirien.

10.3 Den lærende organisation.

For at kunne analysere hvorledes afsnittet (organisatorisk) ser ud, vil projektgruppen beskrive hvorledes Aarhus universitetshospital(AUH) arbejder under forskellige rammer. Efterfølgende vil der tages udgangspunkt i Senges og Argyris og Schöns teori.

Den lærende organisation.

Tilgangen til den lærende organisation udspringer af forståelse for, at den lærende organisation dækker over en dynamisk forståelse af systemerne i en organisation, hvor konstant tilpasning og forbedring findes. (Senge, 1999, p. 22)

Projektgruppen har valgt at tage udgangspunkt i Senges fem discipliner. Senge har arbejdet med den lærende organisation bl.a. i sin bog *Den Femte Disciplin – Den lærende organisations teori og praksis fra 1990*. (Senge, 1999)

Den femte disciplin er systemtænkning, dvs. en disciplin der integrerer de fire andre discipliner. Nedenfor beskrives de fem discipliner.

Personlig beherskelse i Senges terminologi handler om:

"Kernen i personlig beherskelse er at lære, hvordan man skaber og vedligeholder den kreative spænding i sit liv" (Senge, 1999, p. 127)

Senge nævner personlig udvikling og læring som vigtige elementer i personlig beherskelse. I denne disciplin ses det vigtigt at fokusere på *"hvad er vigtigt for os og hvordan bliver man bedre til at se den nuværende virkelighed mere klar"*. (Senge, 1999, p. 126)

Personlig beherskelse kommer til udtryk i sengeafsnittet når sygplejerskerne giver udtryk for at de har lyst til at skabe mening ved ny læring. *"Jamen det er vi da åbne overfor"* og *"Det er ikke noget vi siger: nej det gør vi ikke her – den bruger vi faktisk ikke - det lyder så flot, men det gør vi egentligt ikke det der"* og *"Ja vi tager det til os og prøver det af – det ved jeg vi lige har gjort"*. Den personlig udvikling stopper også her, da de ikke formår at fastholde den nye viden. Afd. spl. siger *"der er både ildsjæle[...]"* hvilket kunne tyde på, at der er nogle personer i afsnittet, som er nysgerrige, søger viden og brænder for et område.

Projektgruppen oplever Afd. spl. som værende kreativ i forhold til sin egen måde at skabe ny viden på. *"[...]Jeg leder igennem andre, gennem nøglepersonerne. Men for at det skulle kunne lykkede, så skal jeg hele tiden holde mig opdateret, hvor langt er de og hvad har de gang i nu"* (Afs. spl.). På denne måde vil Afd. spl have mulighed for at reflektere over deres handlinger, begrænsninger med mere og lærer til næste gang en ny ting skal implementeres.

Alle individer har en forestilling om hvordan verden ser ud. I disciplinen **mentale modeller** forklare Senge det som følgende:

"...at få de indre billeder op til overfladen, afprøve dem og gøre vores billede af, hvordan verden hænger sammen bedre" (Senge, 1999, p. 155)

Citatet præciserer at ens indre billeder af bestemte forhold skal ud og diskuteres med andre og herefter afprøves, hvilket vil tydeliggøre billedet af hvordan verdenen hænger sammen og kan være med til at opbygge den lærende organisation. (Senge, 1999, pp. 155-161)

I forhold til Senges **mentale modeller**, oplevede projektgruppen et sammenhold imellem sygeplejerskerne. Dette sammenspil gav sig til udtryk i fokusgruppeinterviewet ved at sygeplejerskerne meget hurtigt blev enige, med accept ved nik og øjenkontakt. Man kunne tydeligt mærke, at de på overfladen var meget enige, i den måde de arbejdede i afsnittet på. Men i forhold til Senges mentale modeller, oplevede projektgruppen ikke en gruppe, som havde afstemt deres indre tanker og værdier til et fælles værdisæt for sygeplejerskerne.

Senge præciserer at menneskers engagement er en vigtig **fælles vision**. Den fælles vision kommer til udtryk ved:

"En fælles vision er en vision, som mange mennesker virkelig føler sig forpligtede på, fordi den reflekterer deres egen personlige viden" (Senge, 1999, p. 183)

Fælles vision er vigtig for den lærende organisation, da denne skaber fokus og giver energi til videre læring. Senge fortæller at visioner sagtens kan komme fra individer og herefter forplante sig i resten af organisationen. (Senge, 1999, pp. 182-187)

I disciplinen **fælles vision** skal oplevelse af forpligtigelse og refleksion deles. Når AUH fremhæver sig selv som et universitetshospital, ser projektgruppen et hospital, som burde bygge deres vision på de overordnede strategier. Projektgruppen tænker her på om strategierne for hele AUH mon er sikret ned i hvert afsnit, hvor hver enkelt sygeplejerske har det med i deres individuelle værdisæt? Eller møder sygeplejerskerne på arbejde velvidende at de ikke kan løfte de strategier eller "følgeskab", hverken individuelt eller som gruppe, der er lagt for organisationen overordnet? En fælles vision kan kun udføres hvis alle i organisationen deler denne.

For at bygge en lærende organisation, er disciplinen **teamlæring** vigtig. Denne disciplin forstås af Senge:

"Teamlæring er indspøringsprocessen og udviklingen af en kapacitet på teamet til at skabe de resultater, som dets medlemmer virkelig ønsker." (Senge, 1999, p. 207)

Teamlæring involverer flere medlemmer, og hvis disse arbejder sammen, kan det skabe meget energi. Teamlæring er en proces som kan udvikle gruppens muligheder for at præstere de resultater en gruppe vil have. Gruppen er nødsaget til at diskutere løsninger i en dynamisk dialog. Dialogen giver gruppen en mulighed for at reflektere, hvilket kan opleves sværere som individ. Gruppen vil således også møde modstand, hvilket gruppen skal håndtere så de kan udvikle sig sammen. (Senge, 1999, pp. 205-218)

Projektgruppen har haft svært ved at aflæse sygeplejerskerne **teamlæring** som Senge referer til både i observationsstudie og fokusgruppeinterview. Det som projektgruppen oplevede var en fasttømret gruppe som ville hinanden. Dynamik med udvikling og refleksion oplevede projektgruppen ikke. Afd. spl. gav udtryk for at nøglepersonerne videregav informationer (kaskade

model), når nyt system skulle implementeres, men om det kun lå på det informerende niveau, er uklart for projektgruppen. "[..]sådan er det bare[..]" (cit. Afd. spl). Det vises her, at det er svært at finde en kobling mellem Afd. spl. måde at håndtere forandring på i samspil med en lærende organisation, hvor refleksion er i højsæde.

Med den femte disciplin mener Senge **systemtænkning**. Denne formuleres som følgende af Senge:

"Systemtænkning er den disciplin, hvorigennem man kan se de strukturer, som ligger under de komplekse situationer og som sætter en i stand til at skelne mellem overfladiske og gennemgribende forandringer". (Senge, 1999, p. 68)

Denne disciplin udgør tilsammen helheden og samler uligheder og forandringsprocesser. For at kunne forstå helheden skal man først forstå alle de processer der kan påvirkes. Senge udtrykker det ved at forklare, at i stedet for at skabe løsninger på problemet som kun løser symptomet, gælder det om sammen at udvikle stort udbytte med langsigtet effekt. (Senge, 1999, pp. 57-68)

For at Senges **systemtænkning**, som den femte disciplin kan komme i spil som en lærende organisation, ses nødvendigheden med gennemsigtighed. Det kræver også at man som sygeplejerske tør sige fra og undre sig, selvom det kan give modstand mod forandring. At gruppen kan reflekterer sammen og tage det til efterretning. At man som individ ikke bare følger "flowet", men stopper op og reflekterer over om det der præsenteres nu også var det mest hensigtsmæssige, både for afsnittet, men også for hvert individ.

Når *alle* discipliner er i spil kan man ifølge Senge tale om en "lærende organisation":

"Organisationer, hvor alle til stadighed øger deres evne til at skabe de resultater, som de virkelig ønsker at opnå, hvor nye og udvidede måder at tænke på bliver næret, hvor den kollektive stræben er sat på fri fod, og hvor alle organisationens medlemmer til stadighed lærer, hvordan man lærer sammen" Senge 1990 citat fra (Hildebrandt & Bradi, 1998, p. 43)

Single loop og double loop læring.

Som beskrevet i afsnittet ovenover ses den lærende organisation som en vigtig værdi for at kunne lære, derfor ses behovet for at tage fat i single loop og double loop læring udviklet af Argyris og Schön (Schön & Argyris, 1995, pp. 20-29)

I bogen Organizational learning II beskriver Argyris og Schön, at en læring opstår ved at lære, reflektere og forstå de kompetencer en organisation kan erhverve sig for at have evne til at opdage og korrigere fejl. (Schön & Argyris, 1995, pp. 20-29)

Med udgangspunkt i single loop læring inddrages relevant empiri for at belyse dette. Efterfølgende vil double loop blive inddraget i analysen og ligeledes her vil projektgruppen søge at be- eller afkræfte afsnittets mulighed for organisatorisk læring.

Single loop læring er ifølge Argyris og Schön den mest basale form for læring og adfærdsændring. Argyris og Schön definerer det således:

"Instrumental learning that changes strategies of action or assumptions underlying strategies in ways that leave the values of a theory of action" (Schön & Argyris, 1995, p. 20)

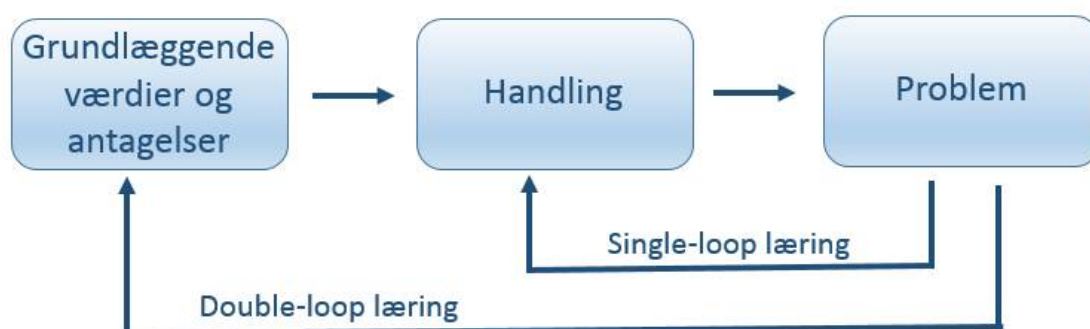
Single loop læring beskrives som den type læring der foregår, når målet i læringen er at løse problemet indenfor den nuværende organisatoriske rammer/struktur. Single loop læring er en feedback og kan give læring. Der arbejdes med hvordan målet kan opnås, men der læres ikke af fejlene, da det antages at fejlen ligger i metoden.

Double loop læring: sætter et mere dybdegående spørgsmålstegn ved formål og funktion af selve arbejdsgangen i organisationen, hvor ændring af overordnede rammer/struktur i sættes i spil.

Ifølge Argyris og Schön defineres double loop læring ved:

"Learning that results in a change in the values of-theory-in-use, as well as in its strategies and assumptions". (Schön & Argyris, 1995, p. 21)

Double loop læring forstås som en læring der både forholder sig til single loop læring, samt forholder sig til regler, der kan være bestemmende for det resultatmæssig udfald. Dvs. der reflekteres over målet med opgaven, og det er denne refleksion der giver læringen



Figur 9: Figuren illustrerer hvorledes single loop og double loop læring processen foregår. Ved et problem søges det enten afdækket af single eller double loop, afhængig af organisationens måde at lære på (Egen figur på efter (Schön & Argyris, 1995))

Projektgruppen vurderer at single-loop læring kan ske i afsnittet, hvor sygeplejerskerne i fokusgruppeinterviewet taler om den studerende, som gerne medbragte PC i dialog inde hos patienten. Efterfølgende anvendte sygeplejerskerne det også i en kortere periode: " *...Jamen der var lige nogle dage: Husk at få computer med ud – husk at få computer med ud*" og " *Ja vi tager det til os og prøver det af – det ved jeg vi lige har gjort*" (Fokusgruppeinterview). Citat viser, at de har prøvet at gennemføre en single-loop læring ud fra hvordan den studerende har gjort det. Grunden til at læringen ikke har fundet sted, kan skyldes sygeplejerskernes manglende refleksion omkring, hvordan den studerende har gjort det og hvad hun har fået ud af det. De har måtte opgive og gå tilbage og anvende PC'en inde på kontoret.

I interviewet med Afd. spl. bliver klinisk logistik nævnt og hun refererer til at de har implementeret det i afsnittet. Afd. spl. giver udtryk for at klinisk logistik anvendes på den måde, at systemet bliver opdateret, men at det ellers "bare" er endnu et system der er indført "oppefra". Under observationsstudiet blev det observeret at Klinisk logistik tavlerne var centralt placeret og fysik fyldte meget på afsnittets kontor, men tavlerne blev tilsyneladende ikke anvendt til at orientere sig logistisk ud fra. Til det formål så vi primært Huskesedlen anvendt. Til implementeringen har der været anvendt nøglepersons systemet, på den måde, at viden om hvordan systemet anvendes er videregivet fra en superbruger til en slutbruger. Afd. spl. nævner kaskade model. Det ser ikke ud til at denne metode har medført at systemet reelt anvendes – informationerne opdateres, men bliver ikke brugt.

I observationsstudiet ser projektgruppen, at sygeplejerskerne anvender huskesedler. Afd. spl. kalder dem "ekstra RAM" citat: " *Nej det er sådan set bare nogle ekstra RAM til den enkeltes hjerne*" til sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne kalder det selv Huskesedlen. Med udgangspunkt i observationsstudiet får projektgruppen en fornemmelse af, at denne Huskeseddel er implementeret i afsnittet for at arbejde udenom EPJ. Sygeplejerskerne har måske oplevet en besværlig arbejdsproces ved anvendelse af EPJ på sengestuerne, hvor de har trukket sig tilbage på kontoret, under faste og trygge rammer. Arbejdsprocessen er således nu, at sygeplejerskerne i stedet noterer vigtige informationer på Huskesedlen, for at dokumentere dette mellem kl. 13.00-14.00 i dagvagten på kontoret. Projektgruppen ser dette som et eksempel på single-loop læring, idet der findes en løsning, så målet at dokumentere i EPJ opfyldes. Hvis "inddragelse af patienten ved dokumentation" skal lykkes i afsnittet, må sygeplejerskerne reflektere over målet med dokumentationen, og sætte dette i spil – og ved double loop læring finde frem til, hvordan der kan dokumenteres på sengestuen.

Projektgruppen har vurderet ud fra den indsamlede empiri, at der ikke opleves double loop læring i afsnittet. Grunden til den manglende double loop læring ikke opleves, bunder i manglende refleksion over de forandringer der både kommer "oppefra", men også de forandringer der bliver implementeret af afsnittets nøglepersoner. Afd. spl. nævner i interviewet at alle opgaver oppefra

er "SKAL" opgaver, som ikke kan diskuteres. Dette tolker projektgruppen som om, der ikke er mulighed for refleksion omkring hvorfor eller hvordan disse forandringer skal implementeres og arbejdes med i afsnittet, men mere en accept af et nyt system, som bliver "trukket ned over hovederne på sygeplejerskerne".

Hvis afsnittet skal opleve en double loop læring ses det som en nødvendighed, at man samarbejder og reflekterer over forandringen, således at det giver en læring.

10.3.1 Sammenfatning af den lærende organisation

En betingelse for at den lærende organisation kan implementeres er systemtænkning. Helhedsopfattelsen skal være tydelig i den lærende organisation og være både en forudsætning for personlig beherskelse, mentale modeller, fælles visioner og teamlæring kan ændres.

Senge påpeger, at en værdiorienteret organisation kan skabe en fælles forståelse i organisationen for hvordan virkeligheden ser ud og hvilken rolle organisationen har i denne virkelighed. Som følge heraf skal sygeplejerskerne involveres, bl.a. via dialog, for at alle føler ejerskab over organisationens mål og værdier samt for at organisationen giver mening. Det kræver altså at organisationen skal være i dialog med sig selv og via fortolkning, skal den skabe sig selv og sin egen omverden.

Når organisationer vha. organisatorisk læring er i dialog med sig selv og på den måde evaluerer og reflekterer over sig selv, kan det også være en metode til at skabe legitimitet for organisationens mål og visioner i og med at man synliggør hvad organisationen står for, både eksternt og internt i organisationen.

Organisationen kan få skabt en fællesfølelse blandt medarbejderne, der gør at den enkelte føler en forpligtigelse over for fællesskabet, i stedet for lederen, og dermed rodfæstes motivationen i en samhørighed.

Projektgruppen oplever ikke et sengeafsnit som bar tydeligt præg af at være en lærende organisation.

En grund til at sengeafsnittet ikke bære synligt præg af at være en lærende organisation, kan hænge sammen med kulturen i sengeafsnittet.

Nedenfor følger en analyse af kulturen i afsnittet. Der afdækkes hvordan artefakter, værdier og normer, samt grundlæggende antagelser kan have indflydelse på, hvordan sengeafsnittet fungerer.

10.4 Kultur

I dette afsnit beskrives begrebet kultur samt den kultur som projektgruppen har observeret i forbindelse med interview og observationsstudiet.

Ifølge Schein er kultur og ledelse to sider af samme sag (Schein, 1992, p. 10). I forbindelse med forandring i en organisation er det derfor også nødvendigt at forholde sig til kulturen, hvis forandringer og implementering af nye tiltag skal lykkes.

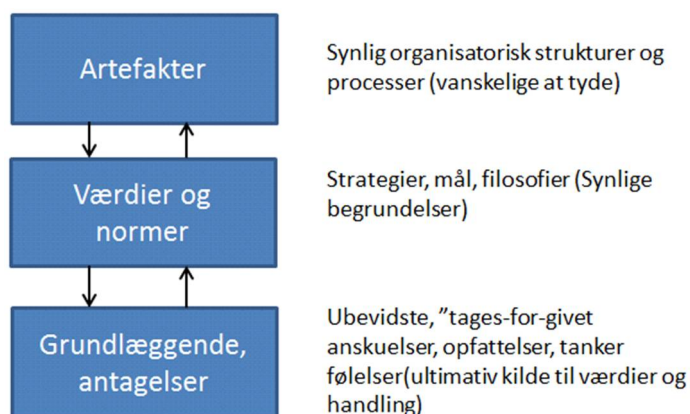
Schein definerer kultur på følgende måde:

"Et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig mens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige og derfor læres videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer."

(Schein, 1992, p. 20)

Definition viser, at kulturen udvikles over tid og igennem sammenspil i gruppen. Den kultur der udvikles, er den der antages som værende den rigtige og den der gives videre til nye medlemmer.

Ifølge Schein er der tre niveauer i kulturen, som er synlige i forskellig grad, Artefakter, Værdier og normer samt Grundlæggende antagelser. Niveaulet referer til i hvilken grad kulturen er synlig, og på hvilke niveauer kulturen kan analyseres (Schein, 1992, pp. 24, 25)



Figur 10: de tre niveauer i Scheins kulturmodel

Artefakter

Artefakterne kan have forskellige egenskaber, de kan være synlige, hørbare, fysiske, sproget, traditioner og historie. (Jacobsen & Thorsvik, 2007, pp. 124-125)

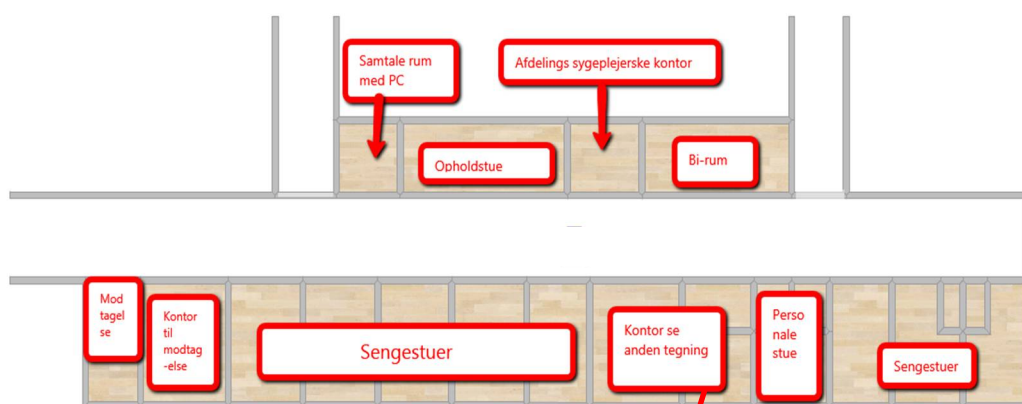
I det følgende beskrives de artefakter der er identificeret i sengeafsnittet.

Afdelingen er en stabil afdeling, forstået på den måde, at Afd. spl er den samme som, da sengeafsnittet blev etableret. Der sker sjældent personaleudskiftning, de seneste 4-5 år er der ingen der er rejst (Citat fra interview med Afd. spl)

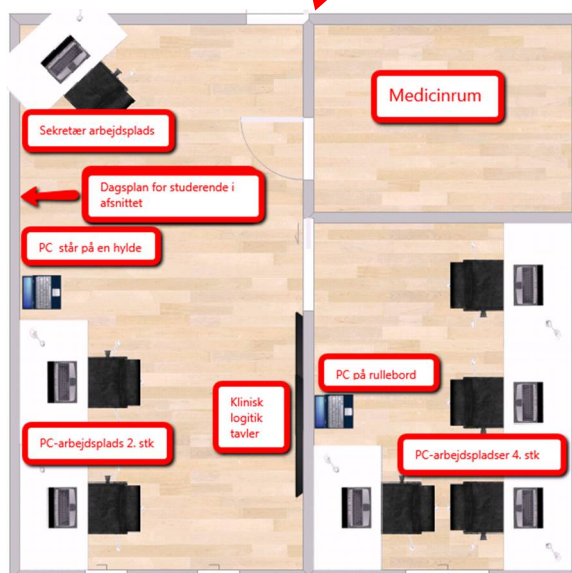
Indretningen af sengeafsnittet viser, at de fysiske rammer ikke lægger op til at inddrage patienterne ved dokumentation.

Ud over de to bærbare PC, som er på nedenstående figur, finders der yderligere en i "Modtagelsen". Patientstuerne er to-sengs stuer, hvor der ikke er meget plads til at medbringe en PC på en vogn, ej heller er der plads til lave en permanent PC-arbejdsplads.

Kontorets indretning lægger op til, at dokumentationen er noget der foregår væk fra patienterne.



Figur 11 viser en fortegnet plan over sengeafsnittet. (Egen figur)



Figur 12 viser kontorindretningen. Der ligger op til at personelt trækker for sig selv, når der skal dokumenteres (Egen figur)

I kontoret er en "Dagsplan for studerende". (Se bilag 5.) Den indeholder en tidplan for dagen, hvor der er skrevet at imens patienterne har middags hvil, skal der dokumenteres i EPJ.

Huskedlerne fylder meget i sengeafsnittet. Det er et Word dokument, som opdateres af aftenvagterne, så de er klar til både natte- og dagvagterne. Huskesedlen er et overblik over de indlagt patienter i sengeafsnittet, den indeholder navn, cpr, nøgle oplysninger og plads til at sygeplejerskerne selv kan skrive deres noter (Se bilag 4)

Afd. spl. gjorde meget ud af, at der ikke var tale om et dokumentations redskab, men blot om ekstra RAM *"Nej det er sådan set bare nogle ekstra RAM til den enkeltes hjerne. Og det har ikke noget med dokumentation at gøre, det er en huskeseddel til den enkelte sygeplejerske."* (Afd. spl)

I forbindelse med observationsstudiet, blev der noteret mange oplysninger på Huskesedlerne, som senere skulle føres ind i EPJ.

Udover, at Huskesedlerne bruges flittigt, bærer sengeafsnittet præg af, at der sker rigtig meget mundlig overlevering imellem personalegrupperne. I den forbindelse bruges Huskesedlerne også til, at skrive beskeder på, der er overdraget mundtligt. Der gives udtryk for, at den mundtlige overdragelse er en vigtig og god måde at samarbejde på.

Afd. spl. fortæller at der i sengeafsnittet bruges et fælles faglig sprog som patienterne ikke forstår *"..hvis man ligger alt dokumentationen ud til at det skal være sammen med patienten, det er at vi kan give køb på noget faglighed fordi hvis jeg skriver eller dokumentere til en kollega et andet sted, så vil jeg typisk benytte nogle fagtermer som er forstået af alle som har den samme uddannelse som mig. Hvis jeg skal gøre det sammen med patienten så er jeg også forpligtet til at oversætte det til almineligt sprog"* (Afd. spl.)

Nedenstående figur viser et overblik over de observerede artefakter.



Figur 13 Oversigt over artefakterne, som er identificeret i sengeafsnittet (Egen figur)

Værdier og normer

Begrebet værdier siger noget om hvad der er ønskeligt og godt, hvad der bliver værdsat og som man gerne vil varetage og fremme og hvad der ikke er godt (Jacobsen & Thorsvik, 2007, p. 121). Normer er såkaldte uskrevne regler der angiver hvad der er passende at gøre i forskellige sociale sammenhænge (Jacobsen & Thorsvik, 2007, p. 122).

Der er tydeligt blandt personalegruppen, at holdningen er at der ikke er noget værdi i, at dokumenteres sammen med patienterne, og det udtrykkes meget tydeligt. *"Nej jeg syntes ikke det fungerer at stå og skrive inde hos folk, det syntes jeg ikk. Men det er min personlige mening"* (Fokusgruppeinterview)

Denne udtalelse bakkes af op flere kolleger, der dog en enkelt som mener det måske kan lade sig gøre og at det vil give værdi for patienten. *"Men det er måske en øjenåbner, at nu er der en der vil skrive det her om mig..."* (Fokusgruppeinterview)

Der er dog flere i gruppen, der syntes det bliver alt for omstændigt og at det vil tage alt for lang tid. Det er tydeligt at normen i sengeafsnittet er, at dokumentation sammen med patienten er besværligt og flere mener, at patienterne er ligeglade med hvad der skrives om dem. Men lidt tidligere i interviewet nævner en anden sygeplejerske, at de patienter der har god indsigt i deres situation, har en bedre egenomsorg.

"det ved jeg ikke, altså jeg syntes tit deres egen omsorg er tit bedre hvis de har en god indsigt i tingene" (Fokusgruppeinterview)

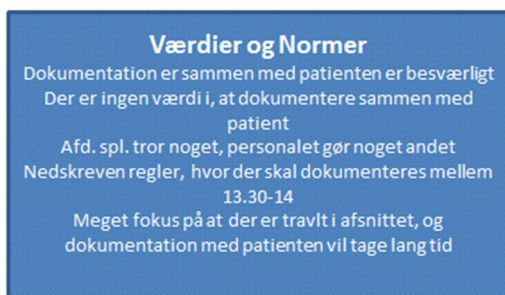
I flere sammenhænge påpeger sygeplejerskerne, at de har travlt og at tid er en afgørende faktor for ikke at inddrage patienterne. *"Jeg kan godt se det, så tager det 3 timer at dokumentere hos patienterne"* (Fokusgruppeinterview)

I interviewet med Afd. spl. fortæller hun, at ved indlæggelsessamtalerne, tager hun PC'en med ind til patienten. *"Absolut Øh..Hvis jeg modtager nye patienter – elektive patienter, så starter jeg med at lukke deres elektroniske patient journal op, og så vi er enige om hvad er det vi snakker om hvorfor er det du komme her. Så gennemgår henvisningen til indlæggelsens via EPJ, direkte på PC'en. Så læser jeg simpelthen henvisningen op sammen med patienten, Du kan se der står her: Fra xx afdeling. Er vi enige så langt."* (Afd. spl)

Afd. spl siger ikke direkte, at andre i sengeafsnittet gør det, men hun syntes det er en god ide. I fokusgruppe interviewet er der bred enighed i sygeplejegruppen, at det aldrig sker. Her er der tydelig forskel i Afd. spl forventning til sit personale og det personalet gør.

På kontoret hænger som tidligere nævnt en "Dagsplan for studerende" i sengeafsnittet som lægger op til, at der dokumenteres mellem kl. 13.30-14.00, de nedskrevne regler, gør det vanskeligt, at skulle ændre arbejdsgangen, når personalet hele tiden mindes om, at det er imens patienterne hviler, at dokumentationen skal forgår.

Nedenstående figur viser et overblik over de observerede værdier og normer.



Figur 14: Oversigt over værdier og normer, som er identificeret i sengeafsnittet (Egen figur)

Grundlæggende antagelser

Grundlæggende antagelser kan beskrives som specifikke opfattelser og meninger, der gennem fælles fortolkning i sociale grupper bundfælder sig som sandhed. (Jacobsen & Thorsvik, 2007, p. 120) Det er de uskrevede regler, det ubevidste og noget man "bare" gør.

På AUH er der, som tidligere beskrevet, udarbejdet en overordnet strategier. Den omhandler både behandling, forskning, uddannelse, resultat gennem samarbejde. Og samtidigt vil hospitalet have en aktiv rolle i sundhedsvæsenets udvikling både regionalt, nationalt og internationalt (AUH, 2015)

Strategierne bør have en rolle i sengeafsnittets grundlæggende antagelser, da disse bør være gældende for alle afsnit på AUH.

For at ændre på kulturen i sengeafsnittet, er det derfor vigtigt at få en forståelse for de grundlæggende antagelser. Schein skriver,

"Derfor vil enhver udfordring til eller sættene spørgsmålstegn, ved en grundlæggende antagelse udløse utryghed og forsvarsberedskab. I denne forstand kan de grundlæggende fælles antagelser, der udgør gruppens kultur, både på individ og gruppeniveau opfattes som psykologiske, kognitive forsvarsmekanismer, der sætter gruppen i stand til fortsat at fungere" (Schein, 1992, p. 30)

Og skal der forsøges at ændre i en kultur, må der forventes en hvis modstand.

"Kulturens kerne ligger i det mønster, som de grundlæggende, underliggende antagelser udgør. Så snart man forstår de dybereliggende niveauer, er det lettere at forstå niveauerne nærmere overfladen og behandle dem hensigtsmæssigt." (Schein, 1992, p. 33)

I løbet af den korte tid projektgruppen, befandt sig i sengeafsnittet, er det svært at forstå alle de grundlæggende antagelser, men i det følgende beskrives de observationer som blev gjort.

Gruppen af sygeplejersker virker harmonisk, under fokusgruppe interviewet kommer alle til ordrer og der er alle virker lige. Afd. spl har en klar antagelse om, at gruppen fungerer godt *"de gider hinanden..."* (Afd. spl)

Men selvom de verbalt giver udtryk for, at det for nogle patienter kunne give mening at dokumentere sammen med dem, skinner det alligevel igennem, at det ikke vil komme til at ske. De bliver hurtigt enige om, at det alligevel bliver for besværligt.

Der refereres til en tidligere sygeplejestuderende, som prøvede det og det syntes gruppen var OK. *"Jamen det er vi da åbne overfor – vi har da sygeplejestuderende der synes det er perfekt for dem at tage en computer med ud på stuerne"* Der kom dog en bemærkning lige efter, *" Men det er også det: hun har måske to patienter hun skal dokumentere på - vi har otte"* (Fokusgruppeinterview)

Det har tidligere været forsøgt at PC'en skulle bringes med rundt på stuerne ved morgenrunder for at dokumentere TOKS¹⁴, men gruppen fortæller at de meget hurtigt vender tilbage i den gamle rutine. *" Ja vi tager det til os og prøver det af – det ved jeg vi lige har gjort. Hvis vi en da fik nogle computere der fungerede noget bedre, så kunne det også godt være at vi var noget mere villige – det er simpelthen langsommelighed der skyld i det – vi når ingenting"* (Fokusgruppeinterview) Der henvises til tekniske udfordringer, men tilsyneladende havde den sygeplejestuderende ikke de udfordringer. Dette kunne hænge sammen med, at kulturen opretholdes så længe den bliver opfattet som rigtig. (Jacobsen & Thorsvik, 2007, p. 117)

Den mundtlige overlevering fylder rigtig meget i sengeafsnittet. Det italesættes af gruppen, at det er en god måde at arbejde på, og det er tydeligt at de går i forsvar, da projektgruppen fortæller om fremtiden, hvor strategierne lægger op til, at patienterne skal inddrages.

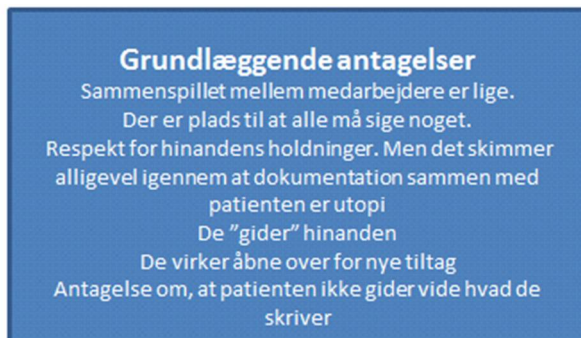
Der er en tydelig antagelse om, at patienterne ikke ønsker at vide hvad sygeplejerskerne dokumenterer om dem. *" jeg ville ikke gide vide hvad hun skriver om mig"* (Citat fra fokusgruppe interview)

Så længe den grundlæggende antagelse er, at patienterne ikke er interesseret i inddragelse ved dokumentation, vil det være svært opgave at implementerer i følge Schein:

"Faktisk er det sådan, at hvis en grundlæggende antagelse er stærk rodfæstet i gruppen, vil medlemmer opleve enhver adfærd, der er baseret på et hvilket som helst andet grundlag, uforståeligt" (Schein, 1992, p. 29)

¹⁴ TOKS står for Tidlig Opspring af Kritisk Sygdom. Det handler om at måle vitale værdier som puls, blodtryk, saturation og temperatur på patienterne.

Nedenstående figur viser et overblik over de observerede grundlæggende antagelser.

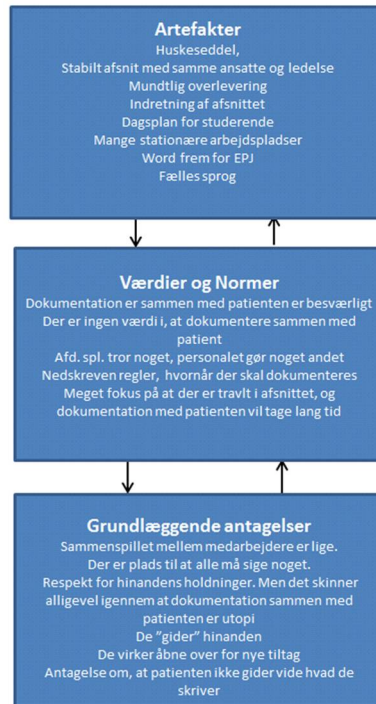


Figur 15: Oversigt over grundlæggende antagelser, som er identificeret i sengeafsnittet (Egen figur)

10.4.1 Sammenfatning på kulturen i sengeafsnittet.

Ved at se på kulturens tre niveauer i sengeafsnittet, er det tydeligt at sygeplejerskerne ikke er interesseret i at inddrage patienterne ved dokumentation. Der er grundlæggende antagelser, som blokerer for at sygeplejerskerne ikke kan se fordelene ved at dokumentere sammen med patienten

Nedenstående figur viser en samlet oversigt over de observationer der er foretaget i forhold til kulturen, på alle tre niveauer.



Figur 16: Observationer der er gjort på de forskellige niveauer. (Egen figur)

Der er brug for, at den grundlæggende antagelse om patientens manglende interesse i dokumentation, ændres. Så længe sygeplejerskerne ikke mener, at patienterne er interesseret ser de ingen grund til at ændre deres arbejdsgange.

Sygeplejerskerne giver udtryk for, at de gerne vil afprøve nye tiltag, og give det en chance. Det tyder dog samtidigt på, at der eksisterer modstand blandt sengeafsnittets sygeplejersker netop overfor forandringer.

Dagsplanen for studerende, kunne med fordel revideres, når implementering af "inddragelse af patienten ved dokumentation" skal iværksættes. Så længe planen hænger med tydelig klokkeslæt for, hvornår der skal dokumenteres, vil det være som at overtræde en nedskreven regel, pludselig at sætte sig sammen med patienten og dokumentere på et andet tidspunkt.

Huskeseddlen er som nævnt ekstra RAM til den enkelte, men der skal være fokus på, at den ikke skal bruges som mellemstation for observationer.

Der er rigtig meget overlevering, som med fordel kan dokumenteres direkte i EPJ.

Dog skal det tætte mundtlige samarbejde imellem personalegrupperne ikke reduceres, da det giver stor værdi for gruppen.

En forudsætning for at komme videre er, at den grundlæggende antagelse forandres. Men så længe antagelsen er rodfæstet i gruppen, vil forsøg på implementering være dømt til at mislykkes.

Afsnittet er velfungerende, personalegruppen har det godt sammen, og deres samarbejde fungerer uden problemer ved hjælp af Huskesedler, mundtlig overlevering og dokumentation "om" patienten mellem 13,30-14. Men uden at de siger det, er det en tydelig holdning, at hvorfor skal de ændre noget der fungerer godt?

Hvis implementeringen af teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation" skal lykkes må der ske et paradigmeskifte. Dette begreb behandles i næste afsnit.

I næste afsnit laves en opsamling på de fire områder i analysen. Modstand mod forandring, motivation, læring i organisationen og kultur

10.5 Sammenfatning på analysen

Der er i de ovenstående afsnit arbejdet med forskellige faktorer, som har indflydelse på hvordan implementering af "inddragelse af patienten ved dokumentation", vil forløbe i sengeafsnittet.

Den lærende organisation og forandring er en disciplin, som enhver organisation, bør stifte bekendtskab med, hvad enten det drejer sig om skabelse af den brændende platform eller hvor sygeplejerskernes rolle i forbindelse med forandringen kan skabe nye muligheder og resultater. Analysen viste projektgruppen, at sengeafsnittet ikke arbejdede overordnet med den lærende organisation, men at de havde mulighederne for at arbejde hen imod at blive en lærende organisation. Det er vigtigt for projektgruppen at påpege vigtigheden i gennemsigtighed i organisationen, når forandringen sker, så dem der sker forandringer med, forstår rationalet bag forandringen.

Analysen viser at der findes både eksisterende og potentiel modstand mod forandring, blandt sygeplejerskerne i sengeafsnittet. Samtidig findes der en grundlæggende antagelse i sengeafsnittet, om at man er åbne overfor nye tiltag og gerne vil afprøve dem. Der ses en udfordring for Afd. spl. og hendes nøglepersoner, som skal varetage implementering af nye tiltag, i at kunne imødekomme de modsatrettede signaler. Der må derfor arbejdes målrette med håndtering af modstanden, og med de indre motivationsfaktorer som er i spil hos den enkelte sygeplejerske.

Analysen viste at der i sengeafsnittet ikke arbejdes med double-loop læring. Dette kunne være en medvirkende årsag til, at det ikke lykkes for dem at implementere nye tiltag. Til fokusgruppeinterviewet fortæller de således, at de faktisk har prøvet at dokumentere inde hos patienten et par dage, men det var ikke praktisk muligt for dem, hvorfor de opgav. Blandt de praktiske barrierer de fortalte om i den forbindelse, var ringe netdækning og for få PC'er. Netop dette var en af de faktorer der blev identificeret som potentiel modstandsfaktor ved forhold i omgivelserne. Dette er håndgribelige barrierer som må løftes til et andet niveau end den enkelte sygeplejerske. Her må en stærk leder, som er drevet af sin egen indre motivation, målrette arbejde på at imødekomme denne modstand hvis det skal lykkes, at inddrage patienten ved dokumentation. Refleksionen, som netop ligger i double-loop læringen, må bringes i spil, så målet

med at inddrage patienten ved dokumentationen løftes til ikke kun praktisk at blive gennemført, men også drives af en indre motivation. Implementeringen skal baseres på double-loop læring, og ikke som det tyder på ved den forsøgte single-loop læring.

Et problem som forhindrede sygeplejerskerne i at dokumentere sammen med patienten kunne være deres manglende indre motivation for opgaven. Der er i sengeafsnittet en klar fælles grundlæggende værdiantagelse om, at det ikke er patientens interesse at blive involveret i dokumentationen. Der må i sengeafsnittet arbejdes målrette med double loop læring med henblik på at skabe en indre motivation i forhold til, at det gavner patienten at blive inddraget i dokumentationen. Sygeplejerskerne har i fokusgruppeinterviewet selv påpeget, at patienter som har indsigt i eget forløb, har et højere niveau af egenomsorg. Denne refleksion kan bringes i spil, når der skal arbejdes motiverede for at inddrage patienterne ved dokumentationen.

Dokumentation anses i sengeafsnittet for at have til formål at sikre kontinuitet i plejen, sikre kommunikation mellem kollegaer, og sikre 'egen ryg' ved klagesager. Afd. spl. vil egentligt gerne arbejde med fremadrette dokumentation, men også dette indsatsområde er ikke helt slået igennem. Der se også her modsatrettede formål med dokumentationen. Ved at inddrage double-loop læring i forhold til inddragelse af patienten ved dokumentation kunne påvirke sygeplejerske motivation for fremadrette dokumentation i stedet for den gældende 'defensiv' dokumentation. Når sygeplejerskerne først opnår en forståelse for forandringen, vil det føre til, at de kan se en gevinst ved at inddrage patienterne og dermed opnår de en indre motivation i forhold til opgaven.

Analysen viser således at der må arbejdes på flere indsatser hvis forandringer skal lykkes i sengeafsnittet. Der må på én gang målrettet arbejdes med motivation og læring, som tiltag til håndtering af modstand, og påvirkning af de grundlæggende værdiantagelser blandt sygeplejerskerne.

Ved at inddrage sygeplejerskerne i forandringen, vil de få en forståelse for, hvilke overvejelser der ligger bag de nye tiltag som ex. implementering af, at flytte PC'en ud på stuen og "inddragelse af patient ved dokumentation".

Sammenfatning føre videre til oplæg til handleplanen, hvor første del er en workshop. Herunder følger en gennemgang af workshoppens faser, og til sidst en præsenteres et oplæg til handleplan.

11.0 Implementering af udarbejdet handleplan

I dette afsnit beskrives hvordan projektgruppen har taget de første skridt i retning af en implementering af "inddragelse af patient ved dokumentation". Der bliver gennemgået hvordan en workshop som skal skabe den brændende platform er udarbejdet, samt hvordan den har hjulpet sengeafsnittet på vej til at se nødvendigheden af forandringen. Til sidst præsenteres et skema med oplæg til handleanvisninger, som tager udgangspunkt bogen "Fair Proces" af Bo Vestergaard.

11.1 At skabe en brændende platform

Ovenstående analyse af den indsamlede empiri viser, at der er behov for at skabe ændringer i afsnittet for, at få implementeret "inddragelse af patient ved dokumentation" og på sigt, at EPJ bliver anvendt som et elektronisk mobilt arbejdsredskab.

Desuden lægger analysen op til at medarbejderne skal involveres i forandringsprocesserne.

At skabe en forandringsproces kræver at man i en organisation er målrettet, - både som leder og medarbejder (Vestergaard, 2013, p. 10). I bogen Fair proces vises en praktisk tilgang til forløbsstyring af involverede forandringsprocesser. Fair proces lægger, som analysen også viste, op til, at hvis medarbejderen forstår formålet med forandringen, er de motiveret til at gøre hvad der står i deres magt for at realisere forandringen. (Vestergaard, 2013, p. 35)

Projektgruppens første skridt til en handleplan bliver således en workshop, som skal sætte gang i processen for implementering af "inddragelse af patient ved dokumentation", ved at skabe en brændende platform.

Resultat af workshoppen skal være, at få synliggjort de gode argumenter, for implementering af "inddragelse af patient ved dokumentation". Herefter kan workshopdeltagerne bringe resultat tilbage i sengeafsnittet, og anvende disse som opstart på at motivere til forandring.

Projektgruppen slutter sit arbejde efter at have skabt den brændende platform, og bidrager i øvrigt til implementeringen ved at anvise mulige tiltag i sengeafsnittet. En forandring af den type der her er i spil, vil tage flere år, da der er tale om dybtgående forandringer i sengeafsnittes kultur, og ligger derfor udenfor de rammere vi er givet for projektet.

Workshoppens tilblivelse.

Projektgruppen ser et behov for at skabe en brændende platform, hvor der etableres en oplevelse af nødvendighed. (Kotter, 1997, p. 43) Oplevelse af nødvendigheden er vigtig, når der fremadrettet skal sikres og motiveres til at gennemføre en forandring med succes. Herunder en

måde at ændre modstand til motivation og en forståelse for, at forandringsledelse skal ses i et bredere perspektiv, hvor kultur og læring indgår.

Projektgruppen har valgt at designe en workshop, som en innovativ proces, hvor repræsentanter fra forskellige niveauer i organisationen blev inviteret, en oversygeplejerske, en Afd. spl., nøglepersonen vedrørende EPJ og 1-2 sygeplejersker med patient kontakt fra sengeafsnittet.

Formålet med workshoppen er at skabe "den brændende platform" og at motivere deltagerne til at se fordelene ved at inddrage patienterne ved dokumentation.

Rammerne for workshoppen.

Workshoppen blev afholdt på hospitalets matrikel, men uden for afsnittets egen rammer, så deltagerne fik en fornemmelse af at være inviteret ud af sengeafsnittet, for at arbejde innovativt. Workshoppen skal give deltagerne rammerne, så skulle de selv finde frem til løsninger, idet læring ifølge Senge sker ved "*personer med et højt niveau af personlig udvikling udvider konstant deres evne til at skabe de resultater i livet, de virkelig søger*" (Senge, 1999) (Hildebrandt & Brandi, 1998, p. 45) Ved at få workshopgruppen til at forstå fordelene af at implementere "inddragelse af patient ved dokumentation", ville det ifølge analysen give grobund for indre motivation (Hein, 2009)

Projektgruppen medbringer plancher og Post-it's i flere farver, for at deltagerne kan visualisere deres tanker og skabe dynamik i en interaktion med hinanden i workshoppen.

For at synliggøre at det er projektgruppen der inviterede til workshoppen, bliver deltagerne budt på frokost og der var mulighed for at indtage snack og væske undervejs i processen.

Overvejelser ved planlægning af workshop

Vores workshop tager afsæt i User Innovation Management (UIM) (Kanstrup & Bertelsen, 2011).

UIM er en innovationsproces, hvor den interaktive læring er tilstede. Metoden anvendes til at facilitere deltagelse i innovationsprocessen, under klare rammer og visioner, hvor mulighederne er mange og hvor deltagerne er uvurderlige og giver processen ny viden og engagement (Kanstrup & Bertelsen, 2011, p. 14)

Workshoppen har ikke fulgt metoden UIM step for step, men projektgruppen har ladet sig inspirere til udarbejdelsen af workshoppen. I dette projekt er UIM anvendt som design for den workshop, som skal skabe den brændende platform forud for at kunne at facilitere sygeplejerskerne til at "inddrage patienterne ved dokumentation" og senere hen at bruge EPJ efter dens oprindelige hensigt. Brug af UIM til dette formål er bekræftet af forfatteren bag bogen.



Figur 17: UIM, (Kanstrup & Bertelsen, 2011, p. 23) Metoden starter ved Select, hvor efter man bevæger sig igennem de 6 forskellige steps og ender til sidst med present og her et resultat.

Nedefor beskrives de overvejelser der er foretaget ved planlægningen af wokshoppen.

- **RAMMESÆTNING:** Den indsamlede empiri inspirer os til at arbejde med innovation og motivation i workshoppen. Vores mål er at skabe den brændende platform så sygeplejerskerne motiveres til at anvende EPJ som et elektronisk arbejdsredskab. Dette gøres med afsæt i casen "Inddragelse af patienten ved dokumentation".
- **SELECT:** Vi vælger indledningsvis i workshoppen at starte med en "icebreaker", som kan illustrere forskellige opfattelser af samme billede.
- **INSIGHT:** Efterfølgende bedes deltagerne optegne informationsvejene ved sygeplejerskernes dokumentation og kommunikation. Dette for at synliggøre de processer der sker i forbindelse med dokumentation og kommunikation i løbet af et døgn. Herefter diskuteres citater fra alle niveauer i sundhedsvæsenet, som skaber et reflekterende rum om hvordan "inddragelse af patienten ved dokumentationen" kan tænkes ind i afsnittet. Se på muligheder frem for begrænsning.
- **VISION:** Indkredsning af fordele og ulemper ved at inddrage patienten ved dokumentationen. Arbejde videre med fordelene, og huske på ulemperne til senere modstandshåndtering.
- **SKETCHING:** Hvordan er gennemførelse af fordelene mulig, her søger vi konkrete handlemuligheder. Hvordan ser et muligt fremtidsscenario ud, hvor sygeplejersken inddrager patienten ved dokumentationen.
- **AFSLUTNING:** Hvordan ændres sygeplejerskernes opfattelse, motivation, innovation omkring at inddrage patienten ved dokumentationen. At de deltagende selv finder muligheden igennem workshoppen. At de går fra workshoppen med noget håndgribeligt, noget de kan starte op i afsnittet efterfølgende. At de går derfra og føler sig motiveret og ser gevinsten ved at inddrage patienterne i dokumentation og at der derved er skabt en brændende platform.

Se bilag 6, som indeholder et skema, med programme for workshoppen.

11.2 Resume af workshoppen til etablering af den brændende platform

I workshoppen deltog en oversygeplejerske, EPJ-nøglepersonen, og en konstitueret Afd. spl., samt projektgruppen.

Den første øvelse på workshoppen gik ud på at tolkes et billede, deltagerne kom frem til tre helt forskellige resultater, og det satte rammen for resten af workshoppen, hvor en del af pointen netop var, at patienter kan opfatte anderledes end sygeplejersker tror. Optegningen af sygeplejerskernes dokumentation og kommunikation om patienterne gav et rigtig godt visuelt indtryk af, hvordan informationer strømmer. Der var fokus på de anvendte medier, som viste at kommunikationsvejen var meget mundligt og ikke så meget elektronisk i afsnittet. Optegningen blev som afslutning på workshoppen anvendt til at visualisere, at det fremover skulle hedde "Dokumentation *med* patienten" – i stedet for som nu "Dokumentation *om* patienten".

De efterfølgende citater gav deltagerne modsatrettede vinkler til at starte gode debatter, og satte gang i innovationen omkring, hvordan "inddragelse af patienten ved dokumentation" kan blive muligt – og hvad der er realistisk i afsnittet. Herefter fulgte seancen, med at trække fordele og ulemper, ved "inddragelse af patienten ved dokumentation" op. Der blev umiddelbart nævnt flere fordele end ulemper. Men der var også fokus på, at ulemper ikke må overses, men kan være potentielle årsager til modstand, som der kan opstå behov for at håndtere ved implementeringen.

I resuméet af workshoppen, som efterfølgende blev sendt til deltagerne (Bilag 7), blev de vigtigste pointer fra workshoppen samlet. Disse dannede basis for den brændende platform: "Mere tid sammen med patienten – og sygeplejersken ud af kontoret"

Til slut blev der udarbejdet konkrete tiltag som deltagerne ville gå tilbage i afsnittet og starte op med:

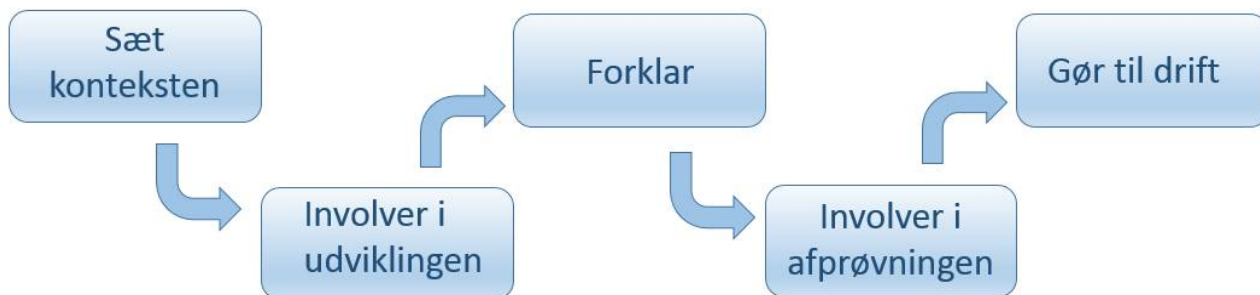
- Spredte viden i forhold til fordele – men fortsat have fokus på eksistens af ulemper
- Små skridt – starte med hårde værdier (vil også gavne tværfagligt) – "hvor det giver mening"
- Italesætte "mere tid sammen med patienterne" – ved at gøre ildsjælene aktive
- Være forberedt på modstand
- Afprøve med 1-2, nøje udvalgte personer fra personalegruppen
- Inspiration fra 'Følgeskab'

Figur 18: De konkrete tiltag som deltagerne tog med sig fra workshoppen, med henblik på opstart i afsnittet (Egen figur)

Efter workshoppen er der aftalt et opfølgende møde mellem projektgruppen og den konstituerede Afd.spl. Her vil projektgruppen blive briefet om, hvordan det er gået i afsnittet siden. Denne briefing ligger efter aflevering af projektrapporten.

11.3 Fremadrettet handleplan

Herunder er beskrevet faserne i Fair proces, som Vestergaard anbefaler, at der skal inddrages, for at medarbejderne bliver aktive deltagere i Forandringsprocessen.



Figur 19 De fem faser i Vestergaards Fair proces. (Egen figur efter (Vestergaard, 2013))

Som tidligere skrevet er Projektgruppen ikke fremadrettet tilstede i sengeafsnittet og kan derfor ikke føre hele processen igennem. Da vi kun er tilstede den i første fase, er det i de efterfølgende faser, kun projektgruppens anbefalinger. Det er ikke helt i overensstemmelse med tanken i Fair Proces, hvor de enkelt faser afløses af hinanden.

Fase	Beskrivelse	Afsnittet
Sæt konteksten	<p>Mål: Medarbejderne kender rammer og retning for forløbet</p> <p>Fremlæggelse af det strategiske procesdesign</p> <p>Tydeliggøre vilkårsrummet</p> <p>Envejskommunikation – vidende position</p> <p>Inviter til opklarende spørgsmål (imødegå autopoise (konstruktivisme))</p>	<p>Retningen: Målet er mere tid sammen med patienten, ved "inddragelse af patienten ved dokumentation" en.</p> <p>Har værdi for mange (læger, patienter, sygeplejersker)</p> <p>Rammer: At der arbejdes med fast afslutningstidspunkt, med milepæle for delmål. Kommer fra overordnede strategier og ligger helt fast - står ikke til diskussion at vi skal gøre det, men kan drøftes hvor og hvordan.</p> <p>At der planlægges små kortsigtede mål, starte med 1-2 sygeplejersker og derefter udbrede til resten af gruppen.</p>

		<p>Kontekst: Universitetshospital, følgeskab og strategier fra sundhedsministeriet om inddragelse af patienten ved dokumentering. AUH er tovholder på projekt om inddragelse af patienten (Danske Regioner, 2013)</p>
<p>Herefter er projektgruppen ikke længere i sengeafsnittet</p>		
<p>Involver i udvikling</p>	<p>Mål: Udvikling af en prototype/løsning til test</p>	<p>Formelle møder, hvor dagsordenen er lagt på forhånd og der kun behandles "at inddrage patienten ved dokumentationen".</p> <p>Lederen af forandringen skal i involveringsproces imødegå modstanden og skabe motivation.</p> <p>Lederen og nøglepersonen skal i samarbejde skabe plads for double loop læring (refleksionen)</p> <p>Motivere ved at italesætte gevinster, ved at være mere sammen med patienten.</p> <p>Forberede på kommunikation med patienten om eget sygdomsforløb (kræver evt. opkvalificering)</p> <p>Forberede på anvendelse af PC ved patienten (kræver evt. opkvalificering)</p> <p>Vurdere om der er behov for andre beslutningstager i processen. (fx. hygiejne tiltag, sikkerhed, arbejdsmiljø mm)</p>
<p>Forklar rationale bag valg til test</p>	<p>Mål: Medarbejdere forstår og acceptere rationale bag beslutning</p> <p>Gennemsigtighed</p>	<p>Gennemsigtighed i hele processen for hele afsnittet, - herunder fordele/ulemper. Forklarer sygeplejegruppen, hvorfor der er truffet</p>

	<p>Tillid</p> <p>Baggrund for forslag i den angivne retning</p>	<p>beslutning om at inddrage patienten.</p> <p>Synliggørelse af hvilke beslutninger der er taget undervejs i processen, og hvorfor</p>
Involver i afprøvning	<p>Mål: Færdigudvikling af løsning der skaber værdi</p> <p>Fokus på fremskridt – klarlæg forhindringer</p> <p>Tre typer statusmøder:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Små daglige stand-up · Lidt længere møder med udforskning af fremskridt/tilbageskridt · Lidt længere ad-hoc opfølgingsmøder mhp sikring af fremdrift 	<p>Afholde korte møde max. 20 minutter, hvor der er fokus på de små fremskridt.</p> <p>Planlægge lidt længere møder, hvor der diskuteres hvad der går godt og hvad der er skidt, så der kan justeres han ad vejen.</p> <p>Hvis der sker tilbagefald til gammel arbejdsgang, skal der være fokus på at holde den planlagte kurs</p> <p>Når implementeringen er i gang, skal der være fokus på at fastholde udviklingen</p>
Implementer	<p>Mål: Løsningen anvendes af alle i daglig drift</p> <p>Lad involverede medarbejderne gå i front ved implementeringen</p> <p>Synliggør værdien for organisationen</p>	<p>I starten er det enkelte sygeplejersker der afprøver at dokumentere sammen med patienten. Når det fungere, kan det bredes ud til resten af afsnittet.</p> <p>Ledelsen kan bringe dette videre i sengeafsnittet og når løsningen er fuldt implementeret i sengeafsnittet kan den bredes ud til resten af afdelingen.</p>

Tabel 8: Handleplan udarbejdet efter principper for Fair proces

Næste afsnit beskriver paradigmeskiftet. Dette medtages for at synliggøre, at der skal ske stor ændringer i opfattelsen af patientens rolle i sygehusvæsenet.

12.0 Paradigmeskifte

Dette projekt viser at der ikke arbejdes aktivt med at inddrage patienten i dokumentationen.

Sygeplejerskerne giver udtryk for at dokumentationen ikke er for patientens skyld, men de dokumenterer for at: *" Give kontinuitet i plejen, "Det er lovmæssigt krav", Videregive oplysninger til kolleger", "så i princippet for at holde ryggen fri"*(Fokusgruppeinterview)

Faktisk er der en opfattelse blandt sygeplejerskerne, af at patienten ikke er interesseret i hvad der dokumenteres.

"og jeg er heller ikke sikker på at det er patientens behov og nødvendigvis vide hvad det er vi skriver. " (Fokusgruppeinterview)

En sygeplejerske fra afsnittet var imidlertid selv inde på at patienter der følger med i eget forløb har et højere niveau af egenomsorg.

"altså jeg syntes tit deres egen omsorg er tit bedre hvis de har en god indsigt i tingene" (Fokusgruppeinterview)

Egenomsorg har siden 80'erne været en fast del af teorigrundlaget for sygepleje i Danmark, og er beskrevet af Dorothea Orem som *"menneskers evne til at varetage de funktioner, der er nødvendige for både at leve og overleve"*. (Sundhedsstyrelsen, 2005)

I det moderne sundhedsvæsen er der øget fokus på patient empowerment, med henblik på øget egenomsorg hos patienterne. Projektgruppen har i et tidligere projekt arbejdet indgående med patient empowerment begrebet i relation til brug af telemedicin.

Konklusionen byggede da på at personalet skal:

" arbejde med den nye grundopfattelse, at det er patienten der har ansvaret og ejerskabet for eget liv – herunder sygdomsforløb, og at personalet rådgiver ud fra dette perspektiv. " (Sabroe, et al., 2014)

Den samme argumentation er i spil i nærværende projekt. Skal patienten - også i forbindelse med hospitalsophold - kunne tage ansvar for eget forløb, som der lægges op til i strategierne (Danske regioner, 2011) (Regeringen, 2013), så skal personalet skifte tilgang til samarbejdet med patienten.

Kuhn (Kuhn, 1962) forklarer et paradigme som:

"Et paradigme identificeres, som den aktivitet en bestemt gruppe af mennesker, nemlig det videnskabelige samfund, udøver, og vel at mærke, er det paradigmet der holder gruppen sammen og gør den til et samfund" (Kuhn, 1962, p. 14)

Hvis inddragelse af patienten ved dokumentation skal implementeres i sundhedsvæsenet, skal sygeplejerskerne samarbejde med patienten på en anden måde end de gør nu. En forudsætning

for at patienten kan tage ansvar for eget forløb, er at han er informeret på et niveau, som gør ham i stand til at træffe de vigtige beslutninger, og at personalt erkender at det er patienten der har beslutningen i sidste ende.

Der skal med andre ord skiftes grundopfattelse fra, at der dokumenteres *om* patienten til at der dokumenteres *med* patienten, og denne tilgang skal gælde alle gøremål med patienten på sygehuset.

Denne nye tilgang er en gennemgribende forandring i forhold til den nuværende grundopfattelse i sundhedsvæsenet. Ifølge Kuhn vil en sådan forandring i grundopfattelsen og hele det regelsæt der arbejdes ud fra, afføde et paradigmeskifte blandt hospitaletspersonalet. Personalets rolle vil skifte fra at dokumentere *om* patienten til at dokumentere *med* patienten.

Ifølge Kuhn vil et paradigmeskifte være forud gået af en proces, hvor grundantagelsen har været sat i spil. Denne proces har indtil videre ikke været synliggjort og arbejdet aktivt med. Processen bør starte allerede udarbejdelse af strategierne, og således initieres højt oppe fra i systemet.

På workshoppen blev der lagt en spire for et sådant skifte i sengeafsnittet. Det blev basis for "den brændende platform" som workshopdeltagerne tog med sig hjem, hvor det drejede sig om "inddragelse af patienten i dokumentationen".

Kuhn beskriver at inden for videnskaben, gælder et paradigme i en periode. Når det eksisterende paradigme udfordres vil det eksisterende paradigme blive afløst af et nyt. I en periode kan begge paradigmer sameksistere, men når flere støtter det nye paradigme, sker der en videnskabelig revolution, som vil føre til paradigmeskiftet. (Kuhn, 1962)

Som anført kan det være en lang proces før et paradigme er skiftet, men skal strategier om inddragelse af patienter slå igennem, må denne værdidiskussion løftes i sundhedsvæsenet generelt.

En start kunne være at arbejde med "inddragelse af patienten ved dokumentation" .

Nedenfor beskrives projektgruppens kritiske overvejelser, i forhold til den metode der er anvendt i dette projekt.

13.0 Metodekritik

I dette afsnit vil vi vurdere projektets kvalitet med udgangspunkt i begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed. Vi har valgt at opdele metodekritikken i følgende områder:

- Metode.
- Empiri.
- Teori.
- Workshop.

Metode

Projektgruppen har evalueret, at den anvendte metode til single casestudiet, overordnet er troværdig og egnet til at besvare problemformuleringen ud fra den indsamlede empiri.

Formålet med at anvende den kvalitative undersøgelses metode, var at forstå hvordan sengeafsnittet fungerer nu. Analysen af den indsamlede empiri, skulle vise hvor der skulle sættes ind, for at implementerer "inddragelse af patient ved dokumentation". Empirien viste os, at undersøgelsesenheden slet ikke havde implementeret EPJ efter hensigten, hverken i 2012 eller ved efterimplementeringen i 2014. Ud fra empirien blev det afdækket, at det var sengeafsnittets arbejdsgange der blandt andet skulle arbejdes med. Projektgruppen så det som en urealistisk opgave, at få et sengeafsnit til at ændre deres vaner og kultur over en kortere periode. Projektgruppen fandt det dog relevant at undersøge en lille case i den store case, ved at arbejde med "dokumentering med patienten" (lille case), for at sengeafsnittet på lang sigt blandt andet, kunne ændre deres kultur og grundlæggende antagelser i organisationen (stor case).

Tilfældighederne gjorde at det var dette sengeafsnit der blev etableret kontakt med. Hvis vores projekt blev udfoldet i et tilsvarende sengeafsnit, er projektgruppen overbevist om, at man angiveligt ikke ville komme frem til selvsamme resultat. Når dette er sagt, er det med udgangspunkt i projektgruppens medlemmer, som kom med en forståelse og undervejs fik en ny forforståelse. Projektgruppen er dog overbeviste om, at den generelle/overordnede viden der opstod i sengeafsnittet, både blandt sygeplejerskerne, nøglepersoner og oversygeplejersker, ville ligge meget tæt på den fundne viden i et andet sengeafsnit.

Hvis projektgruppen ikke havde ændret kurs efter den indsamlede empiri og fortsat af den første antaget vej, ville projektet ikke lykkedes. Projektet ville stå ved afleveringsdatoen og ikke have haft mulighed for at hverken designe eller implementere en forandringsproces.

Empiri

Hensigten med fokusgruppe interviewet var blandt andet, at sygeplejerskerne skulle diskutere med hinanden. Projektgruppen oplevede en samhørighed bl.a. sygeplejerskerne, som udspillede sig ved, at gruppen meget hurtigt blev enige. Dette viste sig ved diskussioner, hvor flertallet var

enigt og en sygeplejerske markerede anderledes. Den ene der markerede anderledes rettede hurtigt ind til hvad resten af gruppen mente. Hvis projektgruppen havde været mere trænet i at styre et fokusgruppeinterview, havde det været relevant at spørge ind til denne kultur og stiltiende aftale om enighed, som var i afsnittet. Sygeplejerskerne viste ved denne stiltiende aftale at nogen holder sig tilbage og retter ind efter flertallet. En tydeligere afdækning af dette fænomen kunne have været foretaget gennem flere og længerevarende observationsstudier i sengeafsnittet. Alternativt kunne vi have valgt at interviewe hver enkelt sygeplejerske, og derved måske, have fået mere subjektive holdninger frem. I så fald skulle dette have ligget før fokusgruppe interviewet for ikke på forhånd at farve informanterne af "gruppens samlede holdning".

Projektgruppen har ikke haft indflydelse på, hvem der deltog i fokusgruppeinterviewet. Vi fik stillet det personale til rådighed, som var på arbejde den dag vi var i afsnittet. Fokusgruppen udgjorde ca. en fjerdedel af det samlede plejepersonalet i afsnittet, og det synes ikke sandsynligt at det ville være muligt at få flere samlet på en gang.

Teori.

Schein, Kotter, Vestergaard, Argyris & Schön, Hein og Hertzberg mfl. er bearbejdet i projektet for at belyse forandringsledelse. I en verden hvor teknologi og forandring fylder meget, ses et behov for at især organisationerne ændre og tilpasser sig nye muligheder og grænser.

Andre teorier som Lewins trefaset forandringsmodel, - unfreeze-change-refreeze, har ligeledes kunne kortlægge sengeafsnittets udfordringer og projektgruppen er overbevidste om, at konklusionen ligeledes vil være indenfor samme ramme.

Valg af teorier skal ses i lyset af problemformuleringen, havde problemformuleringen været at "inddragelse af patienten ved dokumentation" var blevet til en SKAL- opgave, havde der været behov for en anden tilgang, med andre teorier til at belyse problemformuleringen. Her kunne McGregors teori omkring kontrol og Foucaults syn omkring magt havde været relevant.

Workshoppen.

I forbindelse med workshoppen havde vi helst set, at de deltagende var både nøglepersoner, 2 sygeplejersker, oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske. Afd. spl. var bortrejst, da workshoppen blev afholdt. Der deltog kun én sygeplejerske fra afsnittet, da de var ramt af travlhed. Sygeplejersken var stedfortræder for Afd. spl., så der var faktisk ingen sygeplejersker med, som "kun" har patient ansvar.

Workshoppen var planlagt som igangsættende møde med det formål at skabe en brændende platform som denne "styrende koalition" kunne tage med hjem i afsnittet og udbrede der.

Projektgruppen vurderede at den brændende platform blev skabt, på trods af manglende sygeplejersker med direkte patientansvar. Der kan dog være bekymring for, om samarbejdet

mellem oversygeplejersken og Afd. spl. vil få en svær start, når de ikke alle var samlet og motiveret på en gang.

Projektgruppen stiftede først bekendtskab med projekt "Godt begyndt" (følgeskab) i workshoppen, hvilket ville have været naturligt at inddrage i de forskellige interview, for at sikre, at bl.a. afsnittet arbejdede under de samme fælles rammer og strategier for AUH.

Hensigten med at inddrage "Fair proces", var at projektgruppen gerne vil "udlevere" en færdig handleplan/handleanvisning til afsnittet. Men efter at have arbejdet med "Fair Proces" erkendte projektgruppen at deciderede handleanvisninger ville kræve flere iterationer og at der derfor ikke var mulighed for at levere en konkret anvisende handleplan. I stedet blev handleplanen på et mere overordnet plan.

Herunder følger konklusionen på projektet.

14.0 Konklusion

I dette afsnit vil projektets problemformulering blive besvaret.

Strategierne for sundhedsvæsenet lægger op til at patienterne skal medinddrages i deres eget sygdomsforløb. Det førte til en underen hos projektgruppen om, hvordan dette kan implementeres på et sengeafsnit, konkret med udgangspunkt i at anvende EPJ til dokumentation sammen med patienten. Projektgruppen fandt potentiale i, på en gang at øge informationen hos patienten, og samtidig effektivisere dokumentationsarbejdsgangen.

Udgangspunktet var at EPJ var fuldt implementeret på landets sygehusafsnit.

Problemanalysen viste, at der er grundlag for, at arbejde med inddragelse af patienterne, også når det handler om dokumentation.

Med det afsæt skabte vi kontakt til en undersøgelsesenhed – et sengeafsnit på AUH, for at afdække arbejdsgange og kultur i afsnittet. Dette med henblik på at kunne udarbejde konkrete handlingsanvisninger, til hvordan sengeafsnittet kunne komme i gang med at inddrage patienten ved dokumentationen. Projektet blev designet som et single case studie.

Empirien samt den efterfølgende analyse viste, mod vore forventninger, at EPJ ikke er taget i brug som et elektronisk arbejdsredskab på det valgte sengeafsnit. Anvendelse af EPJ som elektronisk arbejdsredskab er en forudsætning for at dokumentationen kan foregå ved inddragelse af patienten.

Der viste sig et behov for efterimplementering af EPJ i sengeafsnittet. En efterimplementering af EPJ, ligger dog uden for de rammer vi er givet på sundhedsinformatikstudiet. Ved i stedet at se på "inddragelse af patient ved dokumentation" som et skridt på vejen til at bruge EPJ som et elektronisk redskab, ledte det frem til problemformuleringen.

Problemformuleringen i projektet lød som følgende:

"Hvordan kan sygeplejerskerne i et kirurgisk sengeafsnit motiveres til, at implementere teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation" som første tiltag, mod senere organisatorisk forandring i forhold til anvendelse af EPJ som et elektronisk arbejdsredskab?"

Problemformuleringens besvarelse fremgår af nedenstående.

Målet med projektet har været, at give sengeafsnittet nogle kvalificerede handleanvisninger, som projektgruppen vurderede kunne fremme implementering, af teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation".

Forudsætningen for at sengeafsnittet kan gennemføre disse forandringer med succes er, at fundamentet for forandringsprocessen er på plads. Med fundament menes, at der må planlægges med de organisatoriske forandringer, som det medføre at implementerer en ny teknologi.

Med afsæt i teorier om forandring blev der foretaget en analyse af empirien for modstandshåndtering, motivation, læring i en organisation, samt kultur.

Projektet bragte følgende konklusioner:

På baggrund af ovenstående kan det således konkluderes, at for at sygeplejerskerne i afsnittet kan motiveres for at inddrage patienten ved dokumentation, skal der målrettet arbejdes med implementeringen ved brug af teorier om forandringsledelse.

Flere aspekter forandringsledelse skal bringes i spil.

Der må arbejdes målrette med håndtering af modstanden, og med de indre motivationsfaktorer som er i spil hos den enkelte sygeplejerske.

En stærk leder, som er drevet af sin egen indre motivation, skal målrette arbejde på at imødekomme modstand blandt sygeplejerskerne hvis det skal lykkes, at inddrage patienten ved dokumentation.

Implementeringen skal baseres på double-loop læring. Det er ikke nok blot at tage i brug – der skal ændres på arbejdsgange og holdninger, for at en implementering kan blive en succes.

Fælles grundlæggende antagelser i sygeplejerskernes kultur kan være hindrende for den indre motivation hos den enkelte sygeplejerske.

Gennemsigtighed er en væsentlig faktor når der skal skabes motivation for nye tiltag i afsnittet.

Analysen viser således at der må arbejdes på flere indsatser hvis forandringer skal lykkes i sengeafsnittet. Der må på én gang målrettet arbejdes med motivation og læring, som tiltag til håndtering af modstand, og påvirkning af de grundlæggende værdiantagelser blandt sygeplejerskerne.

Ved ovennævnte tiltag kan sygeplejerskerne motiveres for at implementere teknologien "inddragelse af patienten ved dokumentation". Samme tiltag kan gøre det ud for første del af de organisatoriske forandringer der skal til ved en efterimplementering, så EPJ fremover benyttes som et elektronisk arbejdsredskab i sengeafsnittet.

Konklusionen kan åbne op for nye udfordringer, disse beskrives i følgende afsnit.

15.0 Perspektivering

Forandringsledelse kan forandre mange ting, hvis tiden er klar til det.

Sundhedsministeriet har i 2014 og 2015 udarbejdet nye strategi henholdsvis "Jo før- jo bedre" og "Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018". Projektets fokus er ikke blevet mindre aktuelt efter disse strategier er lagt ud til det danske sundhedsvæsen.

Projektet har netop arbejdet med "inddragelse af patient ved dokumentation". Fremtiden byder på mere og mere brugerinddragelse i sygehusvæsenet, så problemstillingens aktualitet vil i fremtiden kun øges.

Dette projekt har italesat, at hvis der fremover skal arbejdes med øget patientinddragelse i sundhedsvæsenet, så kræver det mere end blot at skrive det i en strategi. De der står for implementering af strategierne – regionerne - må facilitere at der arbejdes målrettet med forandringsledelse for at implementeringen skal lykkes. Projektet har vist at der skal arbejdes fra flere vinkler. Det gælder aktiv indsats for at styrke den indre motivation hos personalet, med det mål at ændre den grundlæggende værdiantagelse der er fremherskende i den eksisterende kultur. Der må ses på patienten, med andre øjne end det er normen nu. Patienten skal betragtes som en aktiv medspiller i eget behandlingsforløb.

Det forudsætter i sidste ende, et paradigmeskifte inden for sundhedsvæsenet.

Dette skifte må opbygges gennem faglig opkvalificering af personalet til at kunne imødekomme den udfordring. Derudover må der ses på de praktiske udfordringer som hospitalerne står overfor.

Hvis ikke der allerede nu arbejdes med EPJ som et elektronisk arbejdsredskab, så er det på tide at få dette efterimplementeret, så arbejdsgangene effektiviseres, og for at de kommende strategier der bygges ovenpå tidligere – kan efterleves.

De nye kommende supersygehuse bygges ud fra tanken om mere medinddragelse af patienter, hvor enestuerne lægger op til at dokumentationen skal foregå der. Men er det overhovedet realistisk, hvis hospitalet endnu ikke har taget EPJ til sig som et mobilt elektronisk arbejdsredskab, og hvis personalet ikke fagligt og kulturelt er parat?

Patientens og de pårørendes rolle.

Patienterne og de pårørendes rolle tydeliggøres mere i de nye strategier end tidligere.

Strategierne viser at man ønsker at styrke både patientens og de pårørende rolle. Dette med henblik på blandt andet at øge patientens livskvalitet. Sådanne ændringer bør foretages i såvel patientens, de pårørendes og de sundhedsprofessionelles tankegang. Ønsker patienterne overhovedet den interaktion med sygeplejersken, der er lagt op til gennem strategierne. Har sygeplejersken ret i at patienten ikke vil inddrages. Også dette er der behov for at få dokumenteret gennem yderligere undersøgelser. Viser det sig at holde stik må den faglige argumentation benyttes i processen med at ændre kulturen.

Kan projektet bredes ud til hele sundhedsvæsenet?

Dette projekt har undersøgt et tilfældigt sengeafsnit, og afdækket at der i det konkrete eksempel var lang vej endnu før at strategierne når ned gennem lagene, helt ned til sygeplejersken i afsnittet. Det kunne være interessant at undersøge om det samme billede gør sig gældende generelt på de danske hospitalsafsnit.

Der er behov for yderligere at monitorer hvordan det er gået med implementering af tidligere strategier – herunder med implementering af EPJ. Det har ikke været muligt, for projektgruppen at finde udviklede måleredskaber til monitorering af, hvordan EPJ er blevet taget i brug.

Tilsyneladende måles der blot på, at EPJ er taget i anvendelse, men ikke hvordan EPJ anvendes.

Der er behov for yderligere kvalitative undersøgelser som denne – men i større skala, for at afdække om sygehusafsnittene er parate til at bygge videre på brugen af EPJ. Hvis det – som i dette single casestudie – ikke er tilfældet, så må der en styrket indsats til, for at det bliver muligt at tage springet til de nye strategier for sundhedsvæsenet.

16.0 Referencer

Andersen, I., 1999. *Den skinbarlige virkelighed - om valg af samfundsvidenskabelige metoder*. s.l.:Samfundslitteratur.

AUH, 2015. *Godt begyndt*. [Online]
Available at: <http://www.auh.dk/fagfolk/forskning-og-uddannelse/sygepleje-ergoterapi-og-fysioterapi/for-nyuddannede/>
[Senest hentet eller vist den 2015].

AUH, 2015. *Vision-Mission-Værdier*. [Online]
Available at: <http://www.auh.dk/om-auh/virksomhedsgrundlag/vision---mission---vardier/>

Berg, M., 1999. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics*, 25 01, pp. 87-101.

Birkler, J., 2013. *Videnskabs Teori*. 1. udgave 9. oplag 2013 red. s.l.:Munksgaard.

British Medical journal, 2014. *Hospitals not always prepared for full costs of implementing electronic patient records*. s.l.:science daily.

Christensen, U., Schmidt, L. & Dyhr, L., 2007. Det kvalitative forskningsinterview. I: V. & Kock, red. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. s.l.:Munksgaard, pp. 61-86.

Dansk Sygeplejeråd, 2010. *Sygeplejerskerne har mindre tid til patienterne*. [Online]
[Senest hentet eller vist den Februar 2015].

Dansk Sygeplejeråd, 2010. *Sygeplejerskers pligt til at føre journal- og hvordan*. [Online]
Available at: <http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Fag/Dokumentation/Vejledning-om-sygeplejefaglige-optegnelser.aspx>
[Senest hentet eller vist den november 2014].

Dansk sygeplejeråd, 2012. *Dansk sygeplejeråd - kald eller profession*. [Online]
Available at: <http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Fag/DSRs%20historie/Sygepleje---kald-eller-profession.aspx>
[Senest hentet eller vist den 04 2015].

Dansk Sygeplejeråd, 2014. *Patientinddragelse udfordrer læger og sygeplejersker*. [Online]
Available at: <http://www.dsr.dk/Nyhedsbreve/Synergi/Sider/Synergi-Aargang-10/Nr.9/Patientinddragelse-udfordrer-læger-og-sygeplejersker.aspx>
[Senest hentet eller vist den December 2014].

Danske Patienter, 2015. *Danske Patienter*. [Online]
Available at:
http://www.danskepatienter.dk/search/google?cx=008704249376139301740%3Acodyqso9qk&c of=FORID%3A11&query=inddragelse&op=S%C3%B8g&form_build_id=form-

8NovGx3ZPfReSepoVMRpXRSzsb4hdyTsaeSSUJrLw&form_id=google_cse_searchbox_form
[Senest hentet eller vist den 06 06 2015].

Danske regioner, 2011. *Strategi til understøttelse af patient empowerment*, s.l.: Danske regioner.

Danske regioner, 2013. *Sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder - Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i perioden 2013-2019*, s.l.: Danske regioner.

Danske regioner, 2013. *Videndeling om sygehusbyggeri*, s.l.: Danske regioner.

Danske regioner, 2015. *Danske regioner*. [Online]
Available at: <http://www.regioner.dk/sundhed/sundheds-it/rsi/tidligere+status>
[Senest hentet eller vist den 31 05 2015].

Den danske ordbog, 2015. *Den danske ordbog*. [Online]
Available at: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=motivation&search=S%C3%B8g>
[Senest hentet eller vist den 30 05 2015].

Den store danske, 2014. *Den store danske*. [Online]
Available at:
http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sygehuse/universitetshospital
[Senest hentet eller vist den april 2015].

E-Sundhedsobservatorium, 2014. *MidtEPJ efterimplementering, Aarhus Universitetshospital (AUH) - en understøttende og udviklende proces*. [Online]
Available at: <http://2013.e-sundhedsobservatoriet.dk/forslag/brugerperspektiver-p-e-sundhedsprojekter/midtepj-efterimplementering-aarhus>
[Senest hentet eller vist den november 2014].

Gagnon, M.-P. et al., 2012. Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. *J Med Syst* 36, p. 241–277.

Hein, H. H., 2009. *Motivation - Motivationsteori og praktisk anvendelse*. 1. red. København: Hans Reizels forlag.

Hildebrandt og Bradi, 2015. *Forstå forandring- en forudsætning for succesfuld forandringsledelse*. [Online]
Available at:
<http://hildebrandtbrandi.com/sites/default/files/whitepapers/Forandringsanalyse.pdf>
[Senest hentet eller vist den Maj 2015].

Hildebrandt, S. & Bradi, S., 1998. *Lærende organisation*. s.l.:Børsens Forlag A/S.

Høstgaard, A. M. & Nøhr, C., 2004. *Metodehåndbog i undersøgelse af forandringsparathed*. 1. red. Aalborg: Aalborg Universitet.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011. *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. [Online]
Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=138178#K6>
- Ingebrigtsen, T. et al., 2014. The impact of clinical leadership on health information technology adoption: Systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, pp. 393-405.
- Ingeniøren, 2013. *Supersygehuse risikerer tilfældige besparelser*. s.l.:s.n.
- Jacobsen, D. I., 2011. *Organisationsændringer og forandringsledelse*. s.l.:Forlaget Samfundslitteratur.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., 2013. *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse*. 3. red. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kanstrup, A. M. & Bertelsen, P., 2011. *UIM*. s.l.:Aalborg University Press.
- Kotter, J. P., 1997. *I spidsen for forandring*. s.l.:Peter Asschenfeldts nye Forlag a/s.
- Kotter, J. P. & Schlesinger, L. A., 2008. *Choosing-strategies-for-change*. [Online]
Available at: <https://hbr.org/2008/07/choosing-strategies-for-change>
[Senest hentet eller vist den 23 04 2015].
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K., 2015. *Deltagende observation*. s.l.:Hans Ritzels Forlag.
- Kuhn, T. S., 1962. *Videnskabens Revolutioner*. s.l.:Fremads samfundsvidenskabelige serie.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2008. *InterView. Intruduktion til et håndværk*. 2. udgave. 4. oplag red. s.l.:Hans Ritzels Forlag.
- Lorenzi, N. M. et al., 1997. Antecedents of the People and Organizational Aspects of Medical Informatics: Review of the Literature. *Journal of the American Medical Informatics Association Volume 4 Number 2*, Mar / Apr, pp. 79-93.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015. *National kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018*, s.l.: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.
- Nielsen, B., Nielsen, N. G. & Mølgaard, N., 2014. *Professionsbachelor-uddannelse, af kompetancer og udvikling af praksis*. 2. udgave red. s.l.:UCC.
- Poulsen, M., 1999. *Historiebevidstheder*. s.l.:Roskilde Universitetforlag.
- Randell, R. & Dowding, D., 2010. Organisational influences on nurses' use of clinical decision support systems. *international journal of medical informatics* 79, p. 412-42.
- Regeringen, K. D. R., 2013. *Digitalisering med effekt - national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017*, s.l.: Regering, KL, Danske Regioner.
- Region Midtjylland, 2012. *Regional SFI-styregruppe*. [Online]
Available at: <http://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfor/epj/dokumenter/den-regionale-sfi->

[gruppe/moder-2013/mode-14.01.2013/bilag-5_dagsorden.pdf](#)

[Senest hentet eller vist den 05 06 2015].

Remmen, A., Rasmussen, M. R. & Christensen, P., 1990. *Samfundet i teknologien*. s.l.:Universitetsforlaget.

Sabroe, C. D., Larsen, J. & Nielsen, K. G., 2014. *Patient empowerment - Fra strategi til handling*, s.l.: s.n.

Salomonsen, R. A. & Houlberg, H., u.d. Det kvalitative casestudium- introduktion til en forskningsstrategi. I: R. A. Salomonsen, M. Hviid Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen, red. *Håndværk og horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. s.l.:s.n., p. 29 – 58.

Schein, E. H., 1992. *Organisationskultur og ledelse*. s.l.:Forlaget Valmuen.

Schön, D. A. & Argyris, C., 1995. *Organizational learning II Theory, Method, and Practice*. s.l.:FT Pres.

Senge, P., 1999. *Den femte disciplin*. s.l.:Klim.

Sundhedsministeriet, 1999. *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, s.l.: Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen, 2005. *Egnomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet*, s.l.: Sundhedsstyrelsen.

Tv2, 2014. *Læger og Sygeplejersker: Vi spilder vores tid*. [Online]

Available at: <http://nyhederne.tv2.dk/samfund/2014-12-26-laeger-og-sygeplejersker-vi-spilder-vores-tid>

[Senest hentet eller vist den Januar 2015].

Vestergaard, B., 2013. *Fair proces – fra upopulære forandringer til medarbejdere der udvikler løsninger..* s.l.:Forlaget FAIR PROCES .

VIA University College, 2015. *VIA University College*. [Online]

Available at: <http://www.via.dk/uddannelser/sundhed-og-omsorg/sygeplejerske>

[Senest hentet eller vist den 03 06 2015].

Videnscenter for brugerinddragelse, 2015. *Videnscenter for brugerinddragelse*. [Online]

Available at: <http://www.vibis.dk>

[Senest hentet eller vist den februar 2015].

Aarhus Universitetshospital, 2015. *Strategier*. [Online]

Available at: <http://www.auh.dk/om-auh/virksomhedsgrundlag/strategier/>

[Senest hentet eller vist den juni 2015].

Aarhus Universitetshospital, 2015. *Aarhus Universitetshospital*. [Online]

Available at: <http://www.auh.dk/om-auh/administrationen/kvalitet/om->

afdelingen/patienttilfredshed

[Senest hentet eller vist den 03 06 2015].

Aarhus Universitetshospital, 2015. *Aarhus Universitetshospital*. [Online]

Available at: <http://www.auh.dk/uddannelse/>

[Senest hentet eller vist den 05 06 2015].

17.0 Bilag